



## **Mestrado em Enfermagem**

### ***Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica***

Relatório de Estágio

# **O despertar da pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva em cuidados intensivos: intervenção especializada de enfermagem**

**Diana Filipa Alves Vareta**

**Lisboa**

**2018**





**Mestrado em Enfermagem**  
***Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica***  
Relatório de Estágio

**O despertar da pessoa submetida a ventilação  
mecânica invasiva em cuidados intensivos:  
intervenção especializada de enfermagem**

**Diana Filipa Alves Vareta**

Orientador: Professor Doutor Jorge Eurico Ferreira

**Lisboa**

**2018**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública.



## **AGRADECIMENTOS**

Ao professor Jorge Ferreira, pelo rigor e exigência na orientação.

Aos enfermeiros orientadores de estágio Patrícia Nunes e Vera Mangarreiro, pela motivação e desafio na aquisição de novos conhecimentos e competências.

À Sara e ao Júlio pelo suporte e partilha.

À minha família e amigos pela compreensão e apoio.

Aos colegas do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem pela partilha de alegrias, momentos e experiências.

A todos os professores, enfermeiros e outros profissionais que contribuíram para a realização deste percurso.



## **LISTA DE SIGLAS**

APA - Associação Americana de Psicologia

BPS - Behavioral Pain Scale

CMEPSC - Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

DGS - Direção-Geral da Saúde

ECMO - Oxigenação por Membrana Extracorporeal

ELSO - Extracorporeal Life Support Organization

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EEEPSC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

GCS - Escala de Coma de Glasgow

IACS - Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

OE - Ordem dos Enfermeiros

PAV - Pneumonia Associada à Ventilação

PSC - Pessoa em Situação Crítica

RASS - Escala de Agitação e Sedação de Richmond

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

SSPT - Síndrome de Stress Pós-Traumático

SU - Serviço de Urgência

TET - Tubo Endotraqueal

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva



## RESUMO

A enfermagem enquanto disciplina e profissão procura responder aos desafios da sociedade através do desenvolvimento de um corpo de conhecimentos próprio, que responda aos problemas identificados.

Em Portugal cerca de 75% das pessoas internadas em cuidados intensivos realizam ventilação mecânica invasiva (VMI) (Esteban et al., 2000). Tanto o internamento como o uso de VMI, têm um impacto negativo a nível físico e psicológico e estão associados à diminuição da qualidade de vida após a alta hospitalar (Barr et al., 2013; Mehta et al., 2015).

Para a pessoa sob VMI, o despertar associado à recuperação da consciência, constitui um momento crítico pelo confronto com a realidade e marca o início de um processo de perceção da mudança (Sá et al., 2015). A experiência vivida determina o modo como a pessoa e família enfrentam e respondem à nova situação de saúde.

O enfermeiro especialista tem uma ação fundamental na gestão de complicações, focos de instabilidade e perturbações emocionais associados ao despertar, sendo necessário aprofundar conhecimentos acerca da intervenção de enfermagem a este nível, nomeadamente na identificação de fatores de risco e na definição de estratégias de cuidados. Para tal, realizei pesquisa de evidência científica sobre o tema e alicercei a intervenção de enfermagem no Modelo das Necessidades Humanas Fundamentais de Virgínia Henderson aliado à teoria de médio alcance das transições de Afaf Meleis.

A intervenção de enfermagem deve ser individualizada e considerar fatores como o controlo do ambiente, a gestão de sintomas, o comportamento da equipa de enfermagem e o acompanhamento após a alta, numa perspetiva centrada na pessoa e família.

Aliado ao estudo desta problemática, o presente relatório apresenta o percurso de desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem, através da descrição e análise das atividades executadas em contexto de estágio, considerando os objetivos definidos e o modo como conduziram ao desenvolvimento de competências.

**Palavras-chave:** intervenções de enfermagem, ventilação mecânica, despertar e unidade de cuidados intensivos.





## **ABSTRACT**

Nursing as a discipline and profession seeks to respond to the challenges faced in society by developing evidence based answers to the nursing problems we encounter.

In Portugal, about 75% of people hospitalized in ICU receive mechanical ventilation (Esteban et al., 2000). Both ICU admission and mechanical ventilation have a negative impact on a physical and psychological level and are associated with decreased quality of life after hospitalization (Barr et al., 2013; Mehta et al., 2015).

The recovery of consciousness, has a critical moment with the confrontation of reality and marks the beginning of a process of perception of change (Sá et al., 2015). Experience in this phase determines how the person and family face and respond to the new health situation.

The specialist nurse has a fundamental action in the management of complications, focus of instability and emotional disturbances associated to the arousal. All of this brings the necessity to deepen knowledge about the nursing intervention at this level, namely in the identification of risk factors and in the definition of care strategies. Thereby, I conducted scientific research on the subject and compared the nursing intervention in Virginia Henderson's Fundamental Human Needs Model allied to Afaf Meleis's mid-range transitional theory.

Nursing intervention should be individualized and take into account factors such as environmental context, symptom management, team dynamics and follow-up after discharge, with a specific focus on patient-centered perspective and individualized care.

This report presents the course of development of specialized nursing skills, through the description and analysis of the activities performed in the internship, considering the defined objectives and the way they led to the development of competencies.

**Keywords:** nursing interventions, mechanical ventilation, arousal and intensive care unit.



## INDICE

Pág.

INTRODUÇÃO .....	13
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL .....	18
1.1. A pessoa em situação crítica com ventilação mecânica invasiva em unidade de cuidados intensivos .....	18
1.2. Quadro de referência em enfermagem.....	20
1.3. Intervenções de enfermagem facilitadoras do processo de transição .....	23
2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....	29
2.1. Caracterização dos campos de estágio.....	29
2.2. Descrição e análise das atividades .....	30
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	61

## ANEXOS

Anexo I - Escalas utilizadas na consulta de *follow-up*

Anexo II - Comprovativo de apresentação de póster no congresso “Doente Crítico 2017”

## APÊNDICES

Apêndice I - Protocolo da revisão integrativa da literatura

Apêndice II - Orientações de procedimento: cuidados de enfermagem à pessoa com tubo endotraqueal e ventilação mecânica invasiva

Apêndice III - Algoritmos de tratamento de taquiarritmias e bradicardias



## INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, inserida no 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

Tem por finalidade descrever e analisar de forma crítica e refletida as competências desenvolvidas durante o estágio, integrando os descritores de Dublin para o 2.º ciclo de formação (Direção-Geral do Ensino Superior, 2008) e as competências definidas para o CMEPSC (ESEL, 2010), em articulação com as competências comuns e específicas da área de especialização na pessoa em situação crítica (PSC) (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro; Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro), uma vez que o relatório visa a atribuição do título académico de Mestre e o título profissional de Enfermeiro Especialista pela Ordem dos Enfermeiros (OE), inserido no colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O planeamento do percurso de desenvolvimento de competências teve início com a elaboração do projeto de estágio. A metodologia de projeto estabelece a ligação entre o domínio de conhecimento teórico e a sua aplicação no contexto prático. Possibilita a aquisição, mobilização e desenvolvimento de conhecimentos e competências através do planeamento e concretização de um projeto centrado na resolução de problemas identificados na prática (Ferrito, Ruivo, Nunes & Estudantes do 7º CLE, 2010).

Após a identificação de um problema na área do cuidado especializado à PSC, aprofundi o meu conhecimento sobre o tema através da pesquisa de evidência científica, analisei os dados obtidos, realizei uma revisão integrativa da literatura (RIL), visitei unidades de referência no estudo da experiência de internamento em unidade de cuidados intensivos (UCI) e reuni com peritos na prestação de cuidados à PSC sob ventilação mecânica invasiva (VMI).

Com base na informação obtida neste processo, defini objetivos tendo em conta as competências a alcançar e propus contextos de estágio com elevado potencial de oportunidades de aprendizagem na área de estudo.

A competência é conceptualizada como “um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades” (OE, 2003, p.16) sendo a sua aquisição um processo dinâmico, demonstrado pela ação e revelado num contexto particular. Segundo Le Boterf (2003) depende do confronto do profissional com diferentes cenários num campo de intervenção próprio, da capacidade de mobilizar e articular adequadamente o conhecimento adquirido e da intencionalidade do agir perante uma determinada situação de cuidados.

Com base no modelo de desenvolvimento de competências em enfermagem de Patricia Benner (2001), a aquisição de competências é um processo gradual, estruturado em níveis de eficácia, onde são esperadas diferentes abordagens na sua execução. A aprendizagem desenvolve-se em contextos de grande especificidade e complexidade e o crescimento ocorre no sentido da capacidade de análise global da situação, assente numa base educacional que converge com inúmeras experiências profissionais. Esta evolução permite ao enfermeiro desenvolver áreas de perícia, sendo detentor de conhecimento, experiência e compreensão intuitiva da situação, que suportam a ação.

Nesta linha de atuação, pretendo demonstrar o processo de desenvolvimento de competências ao aprofundar um problema identificado na área do cuidado especializado à PSC, nomeadamente o despertar da pessoa adulta em situação crítica submetida a VMI, em contexto de UCI. O tema será abordado no sentido de identificar a intervenção especializada de enfermagem nesta vivência.

De forma a responder às competências referidas e à especificidade do tema do projeto foram estabelecidos os objetivos seguintes:

- Desenvolver competências de enfermagem na abordagem à pessoa adulta e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Desenvolver competências de enfermagem na abordagem à pessoa sob VMI;
- Desenvolver competências de enfermagem na gestão de complicações, focos de instabilidade e perturbações emocionais associadas à experiência vivida pela PSC adulta sob VMI e família;
- Desenvolver a capacidade de análise da prática de cuidados, com identificação de áreas suscetíveis de melhoria, tendo em vista a qualidade dos cuidados de enfermagem;

- Desenvolver uma prática profissional mediante processos de tomada de decisão ética suportados em princípios, valores, normas deontológicas e evidência científica.

A enfermagem “tem como objectivo prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, (...) de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.” (OE, 2015, p. 99). Para cumprir estes desígnios é fundamental desenvolver competências que permitam intervir com a PSC e família ao longo do processo de doença, tratamento e recuperação.

A clarificação de necessidades e a adequação dos cuidados de enfermagem a populações específicas é uma área de investigação considerada prioritária pela OE (2006), pelo que pretendo contribuir para o desenvolvimento da profissão fundamentando a tomada de decisão no cuidado à PSC.

A PSC apresenta risco de disfunção ou falência de órgãos ou sistemas e o número de pessoas nesta condição deverá aumentar exponencialmente nos próximos anos, devido ao envelhecimento da população e ao aumento da morbilidade (Benner, Kyriakidis & Stannard, 2011; Rose et al., 2017).

Na PSC ascende a 50% a necessidade de suporte respiratório com VMI (Metnitz et al., 2009). Nos Estados Unidos da América o número de pessoas sob VMI aumentou de 179 casos por 100 mil adultos em 1993, para 311 casos em 2009, em doentes não cirúrgicos, correspondendo a mais de 700 mil pessoas por ano (Mehta, Syeda, Wiener & Walkey, 2015).

Segundo o European Centre Disease Prevention and Control (2011), cerca de 91% das pessoas internadas em UCI estão sob VMI pelo menos durante 48 horas. Em Portugal cerca de 75% das pessoas internadas em UCI realizam VMI (Esteban et al., 2000). Estes factos demonstram a importância de orientar o projeto para a população submetida a VMI e a delimitação da área de intervenção ao contexto de cuidados intensivos.

O internamento em UCI e o uso de VMI estão diretamente relacionados com resultados físicos e psicológicos negativos e com a diminuição da qualidade de vida após o internamento (Barr et al., 2013; Mehta et al., 2015; Warlan & Howland, 2015). Apesar das complicações associadas, a taxa de recuperação significativa da PSC



sob VMI tem vindo a aumentar, sendo fundamental a preocupação com o impacto de intervenções *lifesaving*, pois irão determinar o processo de recuperação.

A experiência vivida afeta de forma única cada pessoa e influencia o modo como a pessoa e família enfrentam e respondem à situação de saúde (Sá, Botelho & Henriques, 2015; Wenham & Pittard, 2009).

O despertar associado ao recuperar da consciência, constitui um momento crítico pelo confronto com a nova realidade e marca o início de um processo de percepção da mudança (Sá et al., 2015; Walker & Gillen, 2006). O enfermeiro especialista tem uma ação fundamental na gestão de complicações associadas ao despertar, identificando e advogando por intervenções que reduzam os fatores de risco modificáveis a que a PSC sob VMI está sujeita (Warlan & Howland, 2015).

A gestão de cuidados à PSC é um desafio para os profissionais de saúde. É necessário aprofundar conhecimentos acerca da intervenção de enfermagem que permita identificar fatores de risco e definir estratégias de cuidados inovadoras e individualizadas para minimizar o seu impacto (Chlan, 2016; Ludin, Arbon & Parker, 2013).

A intervenção de enfermagem deve objetivar o despertar como um foco de instabilidade e possibilitar à pessoa e família a melhor forma de vivenciar a experiência de transição inerente à sua condição de saúde (Samuelson, Lundberg & Fridlund, 2007). A família é um alvo essencial neste campo, pois a vivência da situação crítica do familiar origina consequências físicas e psicológicas que carecem de cuidados (Meleis et al., 2000; Rose et al., 2017).

Na procura da melhor evidência científica sobre o tema foi realizada uma pesquisa exploratória recorrendo a bases de dados científicas e uma RIL (Apêndice I) dirigida à questão “Quais as intervenções de enfermagem facilitadoras do despertar da PSC sob VMI, em contexto de cuidados intensivos?”. Foram utilizados os termos indexados *nursing interventions*, *mechanical ventilation*, *arousal* e *intensive care unit* e os operadores booleanos OR e AND no motor de busca ESBCOhost Web, incorporando as bases de dados CINAHL e MEDLINE, e obtidos 12 artigos científicos, cujos resultados integram o enquadramento conceptual apresentado no próximo capítulo.

Foi eleita esta metodologia de pesquisa por permitir sintetizar os dados disponíveis sobre determinada temática e direcionar os resultados para a sua aplicação prática (Souza, Dias & Carvalho, 2010).

De modo a estabelecer uma linha norteadora da intervenção de enfermagem perante a problemática em causa, defini como referencial teórico o Modelo das Necessidades Humanas Fundamentais de Virgínia Henderson por considerar a pessoa como figura central do cuidado e o enfermeiro como o elemento que irá assistir a pessoa na realização de atividades que contribuem para readquirir a saúde e a independência. A este modelo irei associar a Teoria das Transições de Afaf Meleis, tendo em conta a individualidade de cada pessoa na resposta à nova condição de saúde e a necessidade de capacitar a pessoa e família para se ajustar à mudança e realizar uma transição saudável.

Em relação à estrutura do relatório, após a presente introdução apresento o enquadramento conceptual, que articula os resultados da RIL e da pesquisa exploratória com os referenciais teóricos de enfermagem referidos, de modo a contextualizar e fundamentar a problemática. Posteriormente, no processo de desenvolvimento de competências são descritos os contextos de estágio e analisadas as atividades realizadas, tendo em conta os objetivos definidos e de que forma estas conduziram ao desenvolvimento de competências. Seguidamente apresento as considerações finais, onde é efetuada uma avaliação global do percurso realizado e dos contributos obtidos com a implementação do projeto. Por fim, encontram-se as referências bibliográficas consultadas para a realização do relatório.

Para a redação do documento foram consideradas as regras do acordo ortográfico e a referenciação teve por base as normas da Associação Americana de Psicologia (APA), 6ª edição.

## **1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

A identificação de uma problemática na prática de cuidados e a necessidade de fundamentar e repensar o modo de agir, levaram à procura de conhecimento e reflexão crítica sobre a vivência de despertar da PSC sob VMI em UCI. Para tal, realizei pesquisa de evidência científica sobre o tema e alicercei a intervenção de enfermagem no Modelo das Necessidades Humanas Fundamentais de Virgínia Henderson aliado à teoria de médio alcance das transições de Afaf Meleis. Com os contributos das duas teóricas considero ser possível identificar as necessidades da PSC e família e intervir de modo a capacitar para a adaptação à nova condição de saúde.

### **1.1. A pessoa em situação crítica com ventilação mecânica invasiva em unidade de cuidados intensivos**

O desenvolvimento da medicina intensiva permitiu a sobrevivência de pessoas com insuficiência de múltiplos órgãos, dando origem a inúmeros problemas que se refletem no processo de recuperação (Griffiths & Jones, 2011).

A PSC caracteriza-se por estar em risco de disfunção ou falência de órgãos ou sistemas, sendo necessário recorrer a meios avançados de monitorização e terapêutica para assegurar a estabilidade fisiológica e consequente sobrevivência (Benner et al., 2011; Rhoades, Holleran, Carpenter & Colin, 2011).

Um pilar fundamental do tratamento da PSC é o suporte ventilatório com VMI. Embora o objetivo seja a sobrevivência, esta técnica implica riscos que podem conduzir a uma degradação significativa do estado de saúde a longo prazo, com um potencial funcional substancialmente reduzido (Khalafi, Elahi & Ahmadi, 2016; Mehta et al., 2015).

Vários estudos sobre a experiência da PSC sob VMI descrevem a vivência de momentos de instabilidade e vulnerabilidade, elevado risco de vida e total dependência de cuidados, constituindo uma experiência complexa e transformadora (Engström, Nystrom, Sundelin & Rattray, 2013; Fink, Makic, Poteet & Oman, 2015; Karlsson, Lindahl & Bergbom, 2012).

Baumgarten e Poulsen (2014) referem como aspetos que causam maior impacto na vivência do internamento em UCI a incapacidade de comunicar, a presença de profissionais, as mudanças nas funções corporais e na autoimagem, o ambiente da UCI, a noção alterada da realidade, a perda da noção do tempo, a falta de informação, a dependência total na satisfação das necessidades, a incapacidade de respirar por si, a falta da família e sentimentos de medo, ansiedade e solidão.

Engström et al. (2013) fazem referência a relatos de mudanças na perspectiva de vida, alterações na personalidade e sensações de impotência e ansiedade a longo prazo.

O internamento em UCI e a necessidade de VMI são fatores de risco para complicações como o síndrome de stress pós-traumático (SSPT) e o delirium, que afetam 27% e 80% das pessoas internadas, respetivamente. Estas condições estão também associadas à diminuição da qualidade de vida após o internamento (Barr et al., 2013; Granja et al., 2005; Warlan & Howland, 2015).

A tendência atual de minimizar o nível e o tempo de sedação da pessoa sob VMI com períodos de despertar diários, aumenta a suscetibilidade a vivências desagradáveis e angustiantes (Barr et al., 2013; Khalafi et al., 2016; Walker & Gillen, 2006).

No despertar a pessoa progride em níveis de consciência até interagir com elementos externos (Pinto, 2014). A reconstrução da consciência é um processo progressivo que pode ser prolongado ou imediato, com perceções muitas vezes alteradas da realidade (Pinto, 2014). No entanto, o despertar diário permite uma melhor compreensão sobre a própria condição de saúde e a capacidade de comunicar e de participar nos cuidados (Holm & Dreyer, 2015). Para que esta estratégia seja eficaz, a intervenção de enfermagem e o ambiente da UCI devem ser reestruturados de forma a dar resposta à experiência de despertar e às necessidades da pessoa consciente sob VMI (Holm & Dreyer, 2015).

A família não pode ser descurada neste processo, pois na maioria das situações vivencia de forma intensa e emocional todas as alterações do estado clínico do seu familiar. As consequências da doença num familiar produzem alterações nos outros membros da família, sendo frequente a manifestação de ansiedade, incerteza e instabilidade emocional (Rose et al., 2017; Sá et al., 2015).

O internamento em UCI implica uma quebra no vínculo familiar, levando à reestruturação de papéis e a alterações nas relações familiares, sendo essencial a intervenção de enfermagem junto da família na mobilização de competências e recursos (Maruiti, Galdeano & Farah, 2008; Sá et al., 2015).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (EEEPSC) deve suportar a sua intervenção em conhecimentos técnico-científicos para intervir de forma segura e adequada às especificidades da PSC sob VMI. A sensibilização para o impacto do internamento em UCI e a conceção do objetivo terapêutico para além da sobrevivência são fundamentais. A intervenção de enfermagem deve incidir nos fatores que originam focos de instabilidade e incluir suporte dirigido à pessoa e família durante todo o processo de doença crítica.

## **1.2. Quadro de referência em enfermagem**

A PSC submetida a VMI encontra-se numa condição de total dependência na satisfação das suas necessidades humanas básicas. Sabendo que os cuidados de enfermagem influenciam os processos individuais de satisfação das necessidades de auto-cuidado e de adaptação eficazes (Meleis, 2012), é fundamental identificar o que é efetivamente importante para a pessoa, de forma a proporcionar o cuidado mais adequado, considerando a sua singularidade e o que isso representa para ela.

É do domínio de responsabilidade de enfermagem a satisfação das necessidades que contribuem para a saúde e/ou recuperação, que a pessoa realizaria sem ajuda se tivesse o conhecimento, a força ou a vontade necessárias (Henderson, 2007). Assim, os cuidados de enfermagem devem permitir à pessoa o desenvolvimento de capacidades para readquirir a autonomia e a independência o mais rapidamente possível, o que assume especial importância na área de cuidado que está a ser abordada. O enfermeiro deve considerar a pessoa como figura central do cuidado, sendo a capacitação e o crescente ganho de autonomia fundamentais para a recuperação física e psicológica efetiva (Henderson, 2007).

Na PSC sob VMI a recuperação da consciência constitui um marco no processo de doença, estabelecendo o início do confronto com a realidade e da perceção da mudança (Sá et al., 2015). A experiência de internamento vivida por

cada pessoa é única e o momento em que esta se depara com a sua condição de saúde, é incerto para quem está a prestar cuidados.

A experiência vivida pode ser responsável pela mudança de crenças, da ordem de valores e de hábitos de vida, conduzindo a uma alteração profunda na pessoa e família (Al-Yateem & Docherty, 2015; Chamberlain, 2006).

Warlan e Howland (2015) referem que a percepção da pessoa acerca da experiência de internamento em UCI é um fator com maior preponderância para o aparecimento de complicações, do que o tempo de internamento ou a gravidade da situação de saúde. O enfermeiro especialista deve ser sensível a esta questão e ter presente de que modo os cuidados e o ambiente envolvente influenciam o outro.

O ambiente pode facilitar ou inibir a intervenção de enfermagem e influencia a resposta da pessoa aos cuidados (Fernandes & Vareta, 2018). Segundo Henderson o enfermeiro pode alterar o ambiente de acordo com o que considera mais adequado para a pessoa, tendo em conta a sua influência a nível físico e psicológico. A autora refere que o conceito de saúde é equiparado à independência para a satisfação das necessidades individuais, pelo que o cuidado de enfermagem deve perspetivar a máxima recuperação e adaptação (Alligood & Marriner-Tomey, 2010).

Segundo Löf, Berggren e Ahlström (2008), a doença crítica deve ser concebida como uma trajetória que começa com a deterioração aguda súbita e termina quando a pessoa recupera a saúde e a qualidade de vida. Períodos de doença constituem transições pela sua natureza, pois são caracterizados por instabilidade e mudanças inesperadas (Al-Yateem & Docherty, 2015; Meleis et al., 2000).

Durante o internamento em UCI a PSC enfrenta inúmeras alterações à sua conceção de vida, sendo o processo de resposta e adaptação a um novo estado de saúde-doença considerado um processo de transição (Chaboyer, Kendall & James, 2005; Meleis, 2010). Pelos vários focos de instabilidade e as múltiplas necessidades nesta fase, é exigida uma gestão complexa e competente de todos os intervenientes no processo de transição - pessoa, família e profissionais de saúde, a fim de alcançar os melhores resultados (Al-Yateem & Docherty, 2015). A intervenção de enfermagem deve centrar-se na individualidade de cada pessoa e na capacitação para a aceitação e adaptação à nova condição de saúde (Meleis, 2010).

Afaf Meleis desenvolveu uma teoria de médio alcance onde refere que “as transições são caracterizadas por diferentes estádios dinâmicos, marcos e pontos de viragem” (Meleis, 2010, Pág. 11). É designada por transição a passagem de uma condição para outra, o período em que a pessoa enfrenta a mudança ou evento crítico e encara novas exigências (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumaler, 2000).

As transições podem ser identificadas como de desenvolvimento, situação ou saúde-doença e ocorrer de forma isolada ou simultânea (Meleis et al., 2000).

Cada transição representa desafios únicos (Chaboyer et al., 2005), pelo que a intervenção de enfermagem deve considerar todas as transições significativas para a pessoa e família e o modo como estas determinam a resposta às situações.

As transições de saúde-doença incluem a redefinição de papéis, resultante da passagem de um estado saudável para a doença aguda ou crónica, ou de um estado de doença crónica para um estado de bem-estar, que engloba a sua cronicidade. Requer que a pessoa incorpore novos conhecimentos, ajuste o comportamento, modifique a noção de si no contexto e reestruture as expectativas de vida (Meleis et al., 2000). Deste modo, o percurso de reconstrução da autonomia representa uma transição para a pessoa.

Os períodos de transição são caracterizados pela desconexão com o contexto social, pela interação com um novo ambiente e pelo aparecimento de novas necessidades (Meleis, 2010). A pessoa e família precisam, simultaneamente, desenvolver estratégias de preparação para transições inesperadas e de adaptação para lidar com as que estão em curso (Meleis, 2010). Considerando a conceção de família de Virgínia Henderson como um conjunto indissociável no cuidado, é fundamental o enfermeiro intervir na capacitação de ambos.

Compreender as determinantes do processo de transição possibilita o desenvolvimento de intervenções de enfermagem dirigidas para experiência única de cada pessoa e família, promovendo respostas saudáveis (Meleis et al., 2000).

Aliando o modelo de Henderson à teoria de médio alcance das transições de Meleis é possível compreender e interpretar as interações entre a pessoa e o ambiente, os seus efeitos sobre a saúde e identificar como a intervenção de enfermagem pode contribuir para uma vivência de doença crítica que possibilite a adaptação e aceitação da nova condição de saúde.

A gestão adequada dos cuidados na fase aguda de doença crítica pode aumentar a possibilidade de sobrevivência, mas não garante a recuperação completa (Hutchison, 2007). A intervenção de enfermagem no despertar e ao longo do processo de transição saúde-doença constitui um aspeto vital na recuperação da PSC, sendo essencial aprofundar conhecimento nesta área (Ludin et al., 2013).

Uma intervenção de enfermagem facilitadora do processo de transição inerente ao despertar da PSC sob VMI implica a compreensão da complexidade da pessoa, o respeito pela sua individualidade e o agir sustentado na evidência, sendo estes valores fundamentais da prática de enfermagem.

### **1.3. Intervenções de enfermagem facilitadoras do processo de transição**

A gestão de cuidados inibindo a influência negativa na recuperação da PSC é um problema atual, que requer a definição de estratégias de cuidados inovadoras e individualizadas (Chlan, 2016; Ludin et al., 2013; Meleis et al., 2000).

O EEEPSC tem uma ação fundamental na redução de complicações associadas ao internamento da PSC sob VMI em UCI, intervindo no sentido de minimizar a exposição a fatores de risco modificáveis (Warlan & Howland, 2015). Na construção do processo de enfermagem deve considerar a avaliação de fatores de risco, antecipar focos de instabilidade, gerir perturbações emocionais e ter em conta a vulnerabilidade inerente à pessoa sob VMI.

Para identificar as intervenções de enfermagem nesta área foi realizada uma RIL, cujos resultados serão apresentados de seguida.

Cluckey, Weyant, Roberts e Henderson (2014) destacam a importância da postura no cuidado de enfermagem, pois muitas das intervenções realizadas de forma natural pelos enfermeiros, como explicar o que está a acontecer, encorajar a pessoa a colaborar com o suporte ventilatório fornecido pelo ventilador, proporcionar tranquilidade e falar com tom de voz calmo e agradável, são vitais para quem recebe cuidados. Fornecer informações e orientações antecipadamente é referido como uma intervenção central, na interação com pessoas aparentemente inconscientes.

Karlsson, Forsberg e Bergbom (2012) concluíram que a presença do enfermeiro é essencial para que a pessoa com VMI se sinta acompanhada e



desenvolva uma ligação de proximidade. Esta ligação reforça a esperança e a crença na sobrevivência. Descrevem o tom de voz, o comportamento e o desempenho dos cuidados de enfermagem como determinantes no seu estabelecimento. Esta perspetiva é apoiada por Nilsen et al. (2014), quando descrevem a influência do comportamento da equipa enfermagem na comunicação.

O uso intencional de interações positivas por parte dos enfermeiros, como o toque terapêutico, induz um comportamento positivo por parte da pessoa, encoraja o envolvimento na comunicação, ajuda a estabelecer uma relação terapêutica e está associado à qualidade dos cuidados de enfermagem. Pinto (2014) refere a importância do uso intencional de expressões faciais tranquilizadoras coerentes com o discurso na estimulação durante o despertar.

Tendo em conta que no paradigma atual a PSC sob VMI está sujeita a menor nível de sedação, é importante que os enfermeiros reconheçam a importância da sua intervenção (Baumgarten & Poulsen, 2015; Holm & Dreyer, 2015). A intencionalidade das ações de enfermagem é determinante no modo como as pessoas enfrentam e superam as experiências vividas no internamento em UCI. Segundo Hofhuis et al. (2008), num estudo que avaliou a perceção da pessoa internada em relação aos cuidados de enfermagem em UCI, o facto de os enfermeiros a considerarem como elemento central no cuidado foi essencial. Embora a experiência e a competência dos enfermeiros sejam reconhecidas, o comportamento e os aspetos humanos como a compaixão, o encorajamento, o conforto e a sensação de segurança são os mais valorizados.

Relacionado com o controlo do ambiente Wenham e Pittard (2009) afirmam que são vários os fatores de stress ambiental para a PSC, nomeadamente o ruído, a iluminação, a restrição da mobilidade e o isolamento social.

Dada a vulnerabilidade da PSC, as características do ambiente da UCI têm repercussão nos processos fisiológicos, nomeadamente no ritmo circadiano. A luz é um estímulo exógeno capazes de ativar o ritmo circadiano, além de estimular o sistema imunológico através da regulação da melatonina. A diminuição da iluminação artificial durante a noite, ajuda na manutenção do ritmo circadiano (Dunn, Anderson & Hill, 2010).

Le et al. (2012) identificaram que o sono é um componente crítico no processo de recuperação da pessoa com VMI, sendo que as interrupções do sono podem

resultar do facto de estar submetido a VMI, do ambiente e das intervenções de enfermagem realizadas por rotina. Sugerem a reorganização dos cuidados para promover um ambiente mais propício ao sono, agrupando intervenções para minimizar o número de interações e ajustando o máximo para o período diurno. O ambiente deve ser otimizado através da gestão de alarmes, telefones e ruídos relacionados com os profissionais. Hu, Jiang, Zeng, Chen e Zhang (2010) referem que a utilização de máscaras oculares e tampões de ouvido são tranquilizadoras, promotoras do sono e do equilíbrio hormonal em pessoas que estão continuamente sujeitas à luz e ao ruído.

Wenham e Pittard (2009) defendem que durante o dia a luz natural deve ser preferida, reduzindo os fatores de desorientação espaço-temporal. Sugerem a colocação de relógios ou calendários para facilitar a percepção do tempo.

Perante estados de confusão e agitação psicomotora a utilização de medidas de contenção física é frequente em UCI. Segundo Rose et al. (2016) é utilizada em 75% das pessoas a realizar VMI, sendo um fator causador de ansiedade, delirium e SSPT. O seu recurso deve ser limitado com estratégias alternativas, nomeadamente identificar e resolver as causas de agitação, orientar a pessoa no tempo, espaço e circunstância e promover a presença da família (Jonhson et al., 2016).

A noção de isolamento social está relacionada com a organização física e a restrição de visitas, situações que podem ser colmatadas pela permanência da família durante períodos mais prolongados e pela personalização da unidade com elementos simbólicos para a pessoa (Wenham & Pittard, 2009).

A nível do controlo de sintomas destaco a presença de dor na PSC sob VMI, por ser uma experiência frequentemente relatada e que influencia negativamente o estado de saúde (Gerber, Thevoz & Ramelet, 2014). Um estudo realizado por Sutari, Abdalrahim, Hamdan-Mansour e Ayasrah (2014) mostra que a execução de intervenções de enfermagem é um dos principais fatores de dor. Gerber et al. (2014) recomendam o reconhecimento precoce e a identificação do fator causal como essenciais para a sua gestão. Destacam a importância de informar a pessoa perante uma intervenção potencialmente dolorosa, a sensibilidade e empatia em relação à dor do outro e o controlo associado a intervenções não farmacológicas.

Neste domínio, a musicoterapia com sons da natureza em complementaridade com a intervenção farmacológica proporciona alívio da dor na pessoa a realizar VMI, (Saadatmand et al., 2014).

A música é um estímulo complexo que promove relaxamento, redução da ansiedade e distração. A um ritmo de 60-80 batimentos/minuto, diminui a capacidade de ativação do sistema nervoso central através da liberação de neurotransmissores inibitórios e de redução da atividade simpática através da liberação diminuída de norepinefrina (Chlan, 2016).

Um estudo sobre o benefício da musicoterapia com sons da natureza na agitação, ansiedade e stress em pessoas sob VMI evidenciou o seu efeito ansiolítico e de relaxamento, minimizando a necessidade de sedação e apoiando a sua importância para a gestão de sintomas da PSC sob VMI (Saadatmand et al., 2012). Lee et al. (2014) também recomendam a utilização de música para reduzir da ansiedade e stress e sugerem que deve ser questionada a preferência musical junto da pessoa ou família, avaliada a resposta e duração do efeito.

A capacitação da pessoa na auto-gestão dos sintomas poderá ser uma estratégia inovadora para melhorar a vivência da PSC sob VMI no internamento em UCI, sem efeitos colaterais adversos associados. Chlan (2016) refere que é possível capacitar para a auto-gestão de sintomas como a dor e a ansiedade, através da autoadministração de sedoanalgesia controlada e da musicoterapia. A pessoa envolve-se na avaliação dos sintomas, podendo participar no seu controlo.

Prime et al. (2016) referem que a redução da sedação e a possibilidade de comunicação com a PSC sob VMI permite controlar adequadamente a dor e proporcionar-lhe conforto e bem-estar.

As memórias da PSC sobre o período de VMI estão especialmente relacionadas com a incapacidade de falar (Meriläinen, Kyngäs & Ala-Kokko, 2013). Fink et al. (2015) concluíram que a identificação de métodos específicos de comunicação com a pessoa sob VMI pode reduzir a angústia e a ansiedade. A comunicação verbal e não verbal têm grande impacto na estabilidade emocional e na perceção dos cuidados, pelo que não pode ser desvalorizada. Deve ser considerado o uso de placas de comunicação ou imagens, incentivar respostas sim/não, usar gestos efetivos e incentivar o envolvimento familiar. A reorientação relativa ao tempo e espaço, a comunicação frequente durante os períodos de

despertar, minimizar o uso sedação e gerir a dor podem ter uma influência tranquilizadora, evitando complicações como SSPT, delirium, atrofia muscular e aumento do tempo de internamento (Barr et al., 2013; Fink et al., 2015).

Karlsson, Lindahl e Bergbom (2012) referem que a pessoa sob VMI ao não conseguir comunicar verbalmente sente maior vulnerabilidade, medo e falta de controlo. A intervenção de enfermagem pode minimizar estes sentimentos através do ensino de estratégias de comportamento perante a presença de equipamentos, como o ventilador. Os autores realçam a importância da interpretação de expressões faciais e corporais, da continuidade de cuidados e de minimizar a rotatividade da equipa de enfermagem.

As intervenções de enfermagem dirigidas à família constituem um desafio, considerando os sentimentos vividos no contexto. A estratégia incide em promover e incorporar a presença da família e estabelecer uma comunicação eficaz, empática e sincera, fundamental para o estabelecimento de uma relação de confiança. Para melhor compreender a situação de saúde do familiar deve ser possibilitada a participação no planeamento e na execução dos cuidados, integrando a família como cuidadora (Sá et al., 2015).

Segundo Fink et al. (2015) a elaboração de diários de internamento pode ser uma ferramenta útil para a família fornecer informação e conhecer o plano de cuidados, possibilitando o seu questionamento. Egerod e Bagger (2010) referem que a leitura de diários de internamento redigidos pela equipa de saúde e família minimiza os sintomas de SSPT, a ansiedade e a depressão, e ajuda na reconstrução da própria perspetiva sobre a experiência vivida, através da informação sobre o processo de recuperação. Para Engström et al. (2013), receber um diário e participar numa visita de acompanhamento à UCI após a alta são medidas favoráveis para a pessoa que esteve sob VMI, pois permite recriar memórias de períodos de cuidados em falta. Os diários fornecem texto e imagens sobre a permanência hospitalar, enquanto as visitas de acompanhamento fornecem espaço e som.

Farley, Eastwood e Bellomo (2016) mostram que 50% da PSC submetidas a VMI apresentam lesões físicas e psicológicas persistentes 2 anos após a alta e realçam a importância da realização de consultas de *follow-up* na resolução de problemas identificados ao longo da recuperação e a possibilidade de compreender melhor as sequelas causadas pela experiência de VMI em UCI. Cluckey et al. (2014)

referem que é importante avaliar a percepção da pessoa e família, de modo a compreender as suas necessidades e as intervenções de enfermagem que influenciaram positivamente a sua recuperação.

Da vivência de uma situação crítica as pessoas guardam significados particulares sobre o que as marcou positiva ou negativamente. Granja et al. (2005) realizaram um estudo prospetivo em 10 UCI em Portugal onde avaliam a relação entre as memórias do internamento e a qualidade de vida 6 meses após a alta. Identificaram que as experiências que constituíram fatores de stress foram a aspiração do tubo endotraqueal, a presença de sonda nasogástrica, a dor, a imobilização no leito, as preocupações com a família, o medo de morrer e a incerteza sobre o futuro. Sugerem que as consequências neuropsicológicas da situação crítica têm repercussão direta na qualidade de vida após o internamento.

A identificação de consequências físicas e psicológicas após o internamento, possibilita a melhoria dos resultados obtidos através do encaminhamento e referência para profissionais das áreas problema específicas (Farley et al., 2016). Por outro lado, considerando que a PSC sob VMI experiencia frequentemente períodos de amnésia, de memória fragmentada ou delirante, a consulta de *follow-up* confere a possibilidade de reconstruir a memória do tempo de internamento e esclarecer dúvidas que persistam (Engström et al., 2013).

Em suma, a intervenção de enfermagem deve ser individualizada e ter em conta fatores como o controlo do ambiente, a gestão de sintomas, o comportamento da equipa de enfermagem e o acompanhamento após a alta. As intervenções descritas partilham uma perspetiva centrada na pessoa, onde impera a personalização dos cuidados de forma a obter os melhores resultados. Segundo Meleis et al. (2000), ao assumir uma prática centrada na pessoa e nas suas necessidades reais é possível influenciar os processos de transição.

O propósito desta intervenção é minimizar os resultados físicos e psicológicos negativos associados ao internamento em UCI e ao uso de VMI, e assim melhorar a qualidade de vida após o internamento. O objetivo máximo da intervenção de enfermagem é a autonomia e aceitação do estado de saúde<sup>1</sup>, sendo este o resultado de um processo de transição saudável, manifestado pela adaptação e gestão eficaz da nova condição de saúde.

---

<sup>1</sup> Indicador de qualidade e produtividade em enfermagem pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2007).

## **2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

Neste capítulo será descrito e analisado o percurso de desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem no cuidar da PSC realizado ao longo do CMEPSC, que culmina com a elaboração do presente relatório.

Este processo teve como foco de atenção os cuidados especializados de enfermagem à pessoa adulta a vivenciar processos de doença crítica e/ou falência orgânica, especificamente a PSC sob VMI.

Irei apresentar os contextos de estágio, os objetivos estabelecidos para atingir as competências comuns e específicas da área de especialização na PSC e para a implementação do projeto, as atividades consideradas pertinentes para a construção do percurso de desenvolvimento de competências e os resultados obtidos.

### **2.1. Caracterização dos campos de estágio**

O estágio foi realizado em dois hospitais da grande Lisboa durante 500 horas.

Num primeiro momento decorreu num Serviço de Urgência (SU) entre 2 de outubro e 2 de dezembro de 2017. É um dos SU médico-cirúrgicos mais recentes a nível nacional e responde a uma área de elevada densidade populacional (Ministério da Saúde, 2014). Este contexto caracteriza-se pela imprevisibilidade e complexidade das situações clínicas, que exigem dos profissionais de saúde uma elevada capacidade de organização, identificação de necessidades e priorização de cuidados.

O segundo momento teve lugar numa UCI entre 4 de dezembro de 2017 e 8 de fevereiro de 2018. Esta é uma unidade polivalente de nível III, segundo a classificação adotada pela sociedade europeia de medicina intensiva (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2003), que promove ambientes de cuidados intermédios de nível I e de cuidados intensivos de nível III e IV. Constitui uma referência no âmbito do desenvolvimento dos cuidados intensivos em Portugal. A população alvo são PSC do foro médico, cirúrgico, traumatológico e neuro-crítico, tendo capacidade para 8 camas de nível I, 16 de nível III e 2 de nível IV, com possibilidade de elevar o nível de cuidados em caso de necessidade.

Em ambos os contextos é essencial manter uma intervenção baseada num vasto domínio de conhecimentos e na tomada de decisão sustentada em evidência, o que favoreceu o desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem à PSC.

## **2.2. Descrição e análise das atividades**

O percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas foi marcado por experiências e atividades que realizei tendo em vista alcançar os objetivos definidos para o estágio. Estas atividades serão descritas de forma transversal aos dois contextos, salientando as que se revelaram essenciais para a concretização de cada objetivo. A análise será realizada considerando os referenciais teóricos que fundamentam o tema do projeto. Como resultado obtido apresento as competências desenvolvidas no decorrer do processo de trabalho.

**Objetivo: Desenvolver competências de enfermagem na abordagem à pessoa adulta e família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.**

Os contextos dirigidos para o cuidar da PSC estão associados à complexidade de técnicas, procedimentos e meios avançados de monitorização e terapêutica para assegurar a estabilidade fisiológica e sobrevivência nesta condição. Em contexto hospitalar a intervenção de enfermagem começa com a avaliação realizada no momento da triagem ou na chegada à sala de reanimação.

A colaboração no setor da triagem foi uma excelente oportunidade de aprendizagem, pois permitiu constatar a complexidade da avaliação realizada, que transcende o seguimento de um algoritmo. O método de triagem utilizado no contexto é a Triagem de Manchester, que tem como finalidade organizar e priorizar o atendimento realizado no SU, possibilitando cuidados ajustados às necessidades, com qualidade e segurança (DGS, 2015b). Segue uma abordagem objetiva e sistematizada, permitindo identificar precocemente a pessoa em situação emergente

e integrar protocolos Via Verde. No final da avaliação é atribuído um nível de prioridade perante a identificação de critérios de gravidade.

Constatei que a forma como é conduzida a triagem depende do conhecimento, da experiência, da capacidade de avaliação e das questões que o enfermeiro coloca, pois a recolha e análise dos dados irá influenciar o resultado obtido. Assim, foi fundamental desenvolver a capacidade de análise crítica e julgamento clínico, de modo a identificar e interpretar precocemente sinais e sintomas de gravidade, enquanto seguia o fluxograma de decisão. Foi possível compreender como a triagem realizada condiciona o atendimento da PSC no SU, sendo crucial a correta avaliação e priorização para uma prestação de cuidados adequados e em tempo útil.

A PSC em situação emergente que dá entrada na sala de reanimação ou que é admitida na UCI é sujeita a uma avaliação inicial realizada segundo o algoritmo ABCDE (A – *airway*, B – *breathing*, C – *circulation*, D – *disability* e E – *exposure*). Consiste numa avaliação sistematizada que permite despistar situações de risco de vida, recolher e analisar dados relevantes e intervir de acordo com a priorização dos problemas identificados (American College of Surgeons & Committee on Trauma, 2009). Ao aplicar esta metodologia pretende-se detetar e eliminar os focos de ameaça à vida e formular hipóteses de diagnóstico diferencial, de forma a direccionar os cuidados para a sua resolução.

A identificação de focos de instabilidade presentes ou potenciais e consequente estabelecimento de prioridades foi um desafio com que me deparei na abordagem à PSC. Na avaliação inicial apliquei conhecimentos técnicos e científicos para interpretar os sinais e sintomas que identifiquei, agindo em tempo útil e prestando cuidados de enfermagem especializados tendo em vista a estabilização.

A participação num simulacro no SU foi uma oportunidade que facilitou o desenvolvimento de competências de identificação e estabelecimento de prioridades na resposta a uma situação de emergência multi-vítimas. Consistiu na criação de um cenário de catástrofe pela ocorrência de um sismo, com ativação do primeiro nível do plano de emergência externo do hospital. O objetivo da equipa de profissionais participante no simulacro foi providenciar uma resposta rápida e eficaz ao maior número de vítimas e responder à necessidade de mobilização e rentabilização dos recursos, perante uma ocorrência inesperada de afluência extraordinária ao SU.



Este exercício permitiu avaliar a coordenação da equipa, a capacidade e o tempo de resposta a um evento multi-vítimas.

Enquanto participante no evento colaborei na zona vermelha, na avaliação e tratamento de vítimas emergentes. Constatei a importância de uma avaliação sistemática e coordenada entre os elementos da equipa, de modo a evitar duplicação de esforços, de utilizar estratégias de comunicação eficaz, perante as constantes solicitações e o tempo reduzido para realizar registos, de efetuar um diagnóstico rápido com recurso ao mínimo número de exames complementares de diagnóstico, de estabelecer prioridades de tratamento e de coordenar com os vários profissionais de saúde dentro e fora da instituição, para otimizar as transferências intra e extra-hospitalares.

A organização e o planeamento da atuação são aspetos fundamentais no contexto multi-vítimas, pois a resposta tem de ser imediata, segura e sem margem para hesitação. Foi de extrema importância estender o simulacro a outros setores do hospital testando igualmente a sua capacidade de resposta, pois em situação de catástrofe é necessária uma intervenção multi-profissional, polivalente e eficaz, para responder de forma efetiva e em tempo útil às vítimas admitidas.

Terminada a atividade foram partilhadas as dificuldades e discutida a eficácia da atuação. Apesar de não estar previsto, este momento foi bastante construtivo, pois possibilitou refletir sobre as práticas adotadas e compreender a perspetiva de outros grupos profissionais sobre os cuidados à vítima.

Com a participação no simulacro fiquei a conhecer o plano institucional e o método de coordenação com as entidades de proteção civil e apliquei os princípios de atuação em situação de catástrofe. Foi possível desenvolver competências na avaliação, priorização e gestão de cuidados a um número elevado de vítimas emergentes e na articulação de cuidados com os restantes profissionais de saúde.

De salientar a importância da mobilização dos conhecimentos e competências adquiridos nas unidades curriculares de Enfermagem em Cuidados Críticos e Urgência, Intervenção em Situações de Urgência, Emergência e Catástrofe e Suporte Avançado de Vida lecionados no CMEPSC, para um desempenho fundamentado e adequado às diferentes situações de cuidados.

Ao longo do estágio em SU, uma das dificuldades sentidas esteve relacionada com o facto de frequentemente a pessoa não conseguir fornecer dados sobre a sua

história de saúde, sendo essencial desenvolver a capacidade de interpretar os sinais subtis e monitorizar atentamente os sinais de deterioração do estado de saúde. Esta capacidade é desenvolvida ao nível de perito, que suporta a ação a partir da experiência e da compreensão intuitiva das situações (Nunes, 2010). Segundo Benner (2001) o enfermeiro perito constata mudanças subtis de aparência ou de comportamento, identificando antecipadamente os problemas e intervindo com maior eficácia.

A gestão dos cuidados a um elevado número de pessoas é bastante complexa, implica a colheita de dados de informação, avaliar e identificar focos de intervenção, planear e implementar cuidados e monitorizar a sua evolução de forma contínua. Estas circunstâncias permitiram-me desenvolver a capacidade de observação, análise, priorização, planeamento, organização e monitorização de pessoas em situação potencialmente crítica. Neste domínio foi facilitador realizar um processo de enfermagem de forma sistematizada para cada pessoa, incluindo as necessidades alteradas, os procedimentos e exames solicitados, as reavaliações previstas e o envolvimento da família, tanto no esclarecimento como na obtenção de informação.

Perante o elevado número de solicitações de cuidados e a necessidade de intervenção imediata, é fundamental não descurar o principal foco da atuação de enfermagem, o cuidado. É verdadeiramente desafiante dominar as variáveis que influenciam a evolução da situação de saúde da PSC na gestão dos cuidados e de potenciais complicações. Nesta circunstância o julgamento clínico deve ter em consideração fatores dinâmicos e perspetivar a intervenção mais adequada à pessoa, naquele momento e situação. É necessário refletir de forma intencional e sistemática sobre os valores e fatores que suportam a tomada de decisão, para responder de forma imediata e adequada às situações de cuidados.

O contexto de estágio foi especialmente favorável para o desenvolvimento da capacidade de tomada de decisão, considerando as inúmeras oportunidades de aprendizagem associadas à possibilidade de discussão com peritos na área. Ao longo do processo de aprendizagem, fundamentei a tomada de decisão através do desenvolvimento e mobilização de competências específicas que permitiram a deteção precoce de complicações e a implementação de intervenções direcionadas para os problemas identificados.

O risco clínico na prestação de cuidados em contexto de emergência é elevado, dada a necessidade de intervenção rápida e a multiplicidade de procedimentos solicitados em simultâneo. Perante esta problemática, foi fundamental desenvolver estratégias de gestão de cuidados, de comunicação eficaz, de organização e de trabalho em equipa para minimizar o risco inerente aos cuidados. Consultei documentos orientadores de procedimentos nas instituições, por constituírem um mecanismo de redução do erro humano, permitindo melhorar a segurança e prevenir a ocorrência de complicações.

A infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) é uma problemática atual e diretamente relacionada com a intervenção dos profissionais de saúde. A estratégia de redução baseia-se na minimização do risco associado à prestação de cuidados, nomeadamente pelo cumprimento das precauções básicas de controlo de infeção, das quais a higiene das mãos e o uso de equipamento de proteção individual são os principais componentes (DGS, 2013). Foi fundamental a aplicação de equipamento de proteção individual em todos os momentos da prestação de cuidados, principalmente quando existe menor controlo e o risco de exposição a fluidos orgânicos potencialmente infecciosos aumenta, como na sala de reanimação. Como EEEPC alertei a equipa para a importância de garantir as condições de segurança dos profissionais envolvidos na receção da pessoa em situação emergente e que a colocação de equipamento de proteção individual deve ter prioridade máxima.

A PSC é submetida a inúmeros procedimentos invasivos que aumentam o risco de desenvolvimento de IACS, sendo fundamental a garantia de boas práticas na realização de procedimentos invasivos e na manutenção de dispositivos médicos. Um dos aspetos cruciais da utilização de dispositivos invasivos é a avaliação da necessidade de colocação e a reavaliação diária da necessidade de permanência, sendo que não devem estar presentes dispositivos por rotina (DGS, 2015a). Deve ser considerada a formação de biofilme nos dispositivos, através do qual as bactérias migram do exterior para o interior do corpo, transformando a colonização em infeção (DGS, 2015a).

Em UCI, pela necessidade prolongada de dispositivos médicos esta questão assume especial importância. Constatei que a equipa estava sensibilizada para este facto e que cumprem com rigor as diretrizes de atuação definidas pela DGS para a colocação e gestão de dispositivos médicos.

No SU identifiquei falhas na intervenção de enfermagem que podem aumentar o risco de pneumonia associada ao ventilador (PAV), pelo que elaborei um guia de orientação de cuidados de enfermagem à pessoa com tubo endotraqueal (TET) e VMI (Apêndice II) e integrei os cuidados de prevenção da PAV. Sendo uma técnica invasiva, a ventilação mecânica implica uma diminuição significativa do mecanismo de defesa pulmonar, originando micro-aspiração e facilitando a passagem de micro-organismos da orofaringe e do estômago para as vias aéreas inferiores (American Association for Respiratory Care, 2010). Deste modo, ocorre invasão e colonização do trato respiratório inferior com desenvolvimento de infeção. Estima-se que cerca de 15% das pessoas com entubação endotraqueal adquira PAV (Kollef et al., 2014).

O objetivo da elaboração do guia foi fornecer suporte teórico que constitua um recurso de orientação de boas práticas, no que concerne aos cuidados de enfermagem à pessoa sob VMI e contribuir para minimizar as complicações associadas a esta condição.

Num contexto em que as situações de risco de vida eminente com necessidade de atuação imediata e coordenada são frequentes, é essencial desenvolver estratégias de trabalho em equipa. A gestão de cuidados, a comunicação eficaz, a organização e a confiança no desempenho dos pares, são preponderantes para minimizar o risco inerente aos cuidados.

Exemplo do trabalho em equipa eficaz, é o desempenho dos profissionais na resposta aos protocolos Via Verde. Nos dois contextos de estágio estão implementados protocolos Via Verde, que constituem uma estratégia organizada de abordagem, encaminhamento e tratamento de situações clínicas graves com elevada taxa de incidência na população (DGS, 2017).

A possibilidade de participar na prestação de cuidados a pessoas com critérios de ativação de Via Verde, contribuiu para reconhecer a necessidade de rapidez na atuação, de coordenação efetiva entre os elementos da equipa multi-profissional e de otimização dos cuidados para um melhor resultado final. Alertou-me para a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre os procedimentos, de modo a responder com domínio do protocolo. A rapidez na obtenção da informação neste contexto específico é fundamental.

Na UCI onde realizei o estágio está implementada a Via Verde e-PCR, que consiste na admissão direta de pessoas com critérios para realizar ressuscitação

cardiopulmonar assistida com oxigenação por membrana extracorporeal (ECMO). A ECMO é uma modalidade terapêutica de suporte extracorporeal da função cardíaca ou pulmonar, de carácter temporário que permite que o órgão recupere de uma situação reversível perante o insucesso dos tratamentos convencionais (Extracorporeal Life Support Organization [ELSO], 2013). Implica a drenagem de sangue venoso por um circuito de circulação extracorporeal, a remoção de Dióxido de Carbono e a adição de Oxigénio através de um pulmão artificial e o retorno do sangue através da canulação de uma veia ou de uma artéria (ELSO, 2013). É um procedimento invasivo, com elevado risco de complicações que tem por objetivo a maximização das hipóteses de sucesso das manobras de reanimação cardiorrespiratória e a possibilidade de manter potenciais dadores de coração parado (Combes et al., 2014).

Para além das competências requeridas para o procedimento de canulação e instituição da técnica, é necessária uma estreita vigilância enquanto está em curso, pois a sobrevivência da pessoa está dependente da ECMO e qualquer falha no circuito pode comprometer a vida, exigindo um elevado nível de perícia.

Durante a prestação de cuidados a pessoas com ECMO constatei que aliado à competência tecnológica de elevada complexidade, o cuidado de enfermagem deve ser dominante e centrado na pessoa e família, sendo fundamental que o foco não se limite à técnica.

Em contexto de cuidados críticos é frequente associar o cuidado de enfermagem a técnicas e tecnologias de elevada complexidade. Na verdade esta associação está patente, mas mais importante que o domínio tecnológico é a garantia da humanização dos cuidados.

A intervenção de enfermagem deve transparecer a capacidade para lidar com as crenças e valores da pessoa, o envolvimento e compromisso na relação terapêutica, a colaboração na tomada de decisão e a satisfação das necessidades através de uma abordagem holística e centrada na pessoa (Chamberlain, 2006; McCormack et al., 2015).

A adaptação de técnicas de forma a maximizar o benefício para a pessoa e monitorizar o impacto causado é um desafio. Cada intervenção deve ser refletida e ponderada, baseada num julgamento profissional fundamentado e objetivar a satisfação das necessidades da pessoa, tendo em vista a sua autonomia. Mesmo

perante a necessidade de cuidados emergentes, deve ser valorizada a percepção da pessoa sobre o que está a acontecer, mantê-la informada e esclarecida e assegurar que a sua capacidade de tomada de decisão está a ser considerada. Não deve ser subestimada a compreensão da pessoa perante a complexidade e emergência dos cuidados, pelo que o EEEPSC deve estar sensibilizado para este facto.

Tanto em contexto de urgência como de cuidados intensivos, a PSC vivencia momentos de medo, ansiedade e vulnerabilidade acrescida desencadeados pela resposta a diferentes estímulos ambientais e físicos (Almeida & Ribeiro, 2008). Durante a prestação de cuidados à PSC pode constatar este facto e refletir sobre a forma de minimizar o efeito negativo dos cuidados na vivência da pessoa.

Importa garantir o conforto, a privacidade e um ambiente tranquilo e acolhedor. Simples atos como diminuir o período de exposição do corpo na monitorização eletrocardiográfica em sala de reanimação e explicar a necessidade de o fazer, protegem a intimidade e privacidade da pessoa. Cabe ao enfermeiro especialista salvaguardar o respeito pela intimidade da pessoa e assegurar o seu bem-estar, pelo que foi sempre uma preocupação presente durante a prestação de cuidados.

Para além da PSC, a família experiencia constrangimentos físicos e psicológicos durante o acompanhamento do familiar, que requerem um elevado nível de suporte (Kelleher, 2006). A estratégia desenvolvida em estágio passou por promover e incorporar a presença da família, para que esta acompanhe a evolução da pessoa, compreenda a situação de saúde e vivencie o processo de transição saúde-doença da melhor forma. Para tal, foi fundamental estabelecer uma comunicação eficaz, empática e sincera, para o estabelecimento de uma relação de confiança. Sempre que possível foi possibilitada a flexibilidade de horário de visita e a participação no planeamento dos cuidados, integrando a família como cuidadora e interlocutora das preferências do seu familiar.

## **Resultados:**

A prestação de cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica e família permitiu a mobilização de conhecimentos e habilidades na resposta a situações emergentes e o desenvolvimento da concepção da pessoa como um todo em interação com o meio onde está inserida.

A condução e gestão de protocolos terapêuticos complexos permitiu desenvolver a capacidade de diagnosticar focos de instabilidade antecipadamente, implementar e monitorizar a resposta a complicações e executar cuidados técnicos de elevada complexidade.

O desenvolvimento da capacidade de tomada de decisão foi potenciada pelas oportunidades e experiências de aprendizagem relacionadas com o cuidar da PSC, pela reflexão sobre a intervenção do EEEPSC e com a partilha de conhecimentos entre profissionais de saúde, permitindo a discussão de casos em tempo real e trazendo contributos da evidência para a prática.

Tive oportunidade de desenvolver competências na operacionalização do plano de emergência externo e catástrofe, respondendo de forma concreta e gerindo os cuidados a pessoas em contexto de emergência multi-vítimas.

Para além do foco na estabilização da pessoa, durante a prestação de cuidados tive presente a importância de assegurar a resposta às necessidades alteradas e de manutenção das funções básicas de vida, de forma a minimizar as complicações decorrentes dos cuidados e aumentar o potencial de recuperação.

A segurança dos cuidados foi uma questão de relevância em ambos os contextos, pelo que utilizei estratégias de redução do risco clínico e contribui para o cumprimento das precauções básicas de controlo de infeção, tanto de pares e elementos da equipa multi-profissional, como de familiares e visitas.

O reconhecimento da individualidade da pessoa e a integração da família enquanto parceira e alvo de cuidados, tendo em conta a gestão das perturbações emocionais vividas, possibilitaram o desenvolvimento competências facilitadoras da vivência do processo de transição saúde-doença experimentado por ambos, pessoa e família.

**Objetivo: Desenvolver competências de enfermagem na abordagem à pessoa sob VMI.**

Ao longo do estágio foi intencional a preferência da pessoa sob VMI na prestação de cuidados, favorecendo o desenvolvimento de competências à população-alvo do tema do projeto. Na UCI onde realizei o estágio, a população com necessidade de VMI corresponde a 72% das pessoas internadas (Reis et al., 2016).

A VMI é uma terapêutica de suporte com repercussão hemodinâmica em vários sistemas e complicações potenciais associadas (Barr et al., 2013; Davidson et al., 2016). É indicada para pessoas com alterações da função respiratória que impossibilitem a realização de trocas gasosas eficazes e consiste num método que assiste ou substitui a respiração espontânea, através de um ventilador adaptado a uma via aérea artificial (Melo et al., 2014).

Cuidar da pessoa sob VMI proporcionou-me a mobilização de conhecimentos sobre a gestão de parâmetros e modos ventilatórios em função da resposta fisiológica, da adaptação da pessoa, dos valores gasimétricos e da capnografia quantitativa contínua. A gestão dos cuidados revelou-se bastante complexa, requerendo o domínio de conhecimentos sobre a mecânica ventilatória e potencialidades do ventilador, adaptados às especificidades da pessoa e aos objetivos terapêuticos. O aprofundamento de conhecimento nesta área permitiu prevenir, identificar e intervir oportunamente em complicações decorrentes da VMI e implementar ações para prevenir a sua recorrência, intervenção essencial da prática de enfermagem (Benner et al., 2011).

Foi importante compreender o impacto que a VMI causa na PSC, pois implica uma mudança nas funções corporais, limita a capacidade de comunicação e de movimento, altera a autoimagem, provoca dor, desconforto e ansiedade e requer a administração de medicação sedativa e analgésica para ser tolerada, com todas as complicações associadas (Fink et al., 2015).

A pessoa sob VMI encontra-se assim, numa condição de elevada vulnerabilidade e total dependência na satisfação das suas necessidades humanas básicas, exigindo a competência da equipa multi-profissional para minimizar os efeitos físicos e psicológicos negativos associados.



Esta vulnerabilidade é agravada pela incapacidade de comunicar e de respirar por si, que provoca sentimentos de medo e ansiedade (Baumgarten & Poulsen, 2014; Guttormson, Bremer & Jones, 2015). Para minimizar a resposta negativa à VMI foi fundamental explicar à pessoa que depende do dispositivo médico para assegurar a respiração, a necessidade de se adaptar ao ciclo respiratório realizado pelo ventilador e que o tubo endotraqueal será removido assim que seja capaz de respirar autonomamente. A falta de esclarecimento é muitas vezes motivo de inquietação e desajuste em relação ao ventilador (Prime et al., 2016).

A dor é frequentemente relatada na pessoa sob VMI, tanto pela presença do TET como pela doença crítica associada e intervenções terapêuticas realizadas (Gerber et al., 2014), sendo a sua gestão uma intervenção especializada de enfermagem fundamental para melhorar a experiência vivida e facilitar a recuperação (Cluckey et al., 2014).

A limitação da capacidade de comunicação compromete a sua avaliação, como tal realizei a monitorização da dor na pessoa incapaz de comunicar através da escala comportamental *Behavioral Pain Scale* (BPS). A escala BPS está validada para a população portuguesa e a avaliação é realizada tendo em conta a observação da expressão facial, os movimentos do corpo, a tensão muscular e a sincronia com o ventilador, sendo atribuído um valor quantificável de dor (Batalha, Figueiredo, Marques & Bizarro, 2013). Através desta avaliação geri a administração de analgesia e realizei intervenções não farmacológicas dirigidas para o alívio da dor, otimizando a resposta da pessoa.

Para além do recurso a escalas de avaliação, destaco a importância de ter desenvolvido a capacidade de reconhecer a presença de dor através de manifestações fisiológicas, antecipar intervenções potencialmente dolorosas, agindo de forma a prevenir a sua ocorrência, e identificar e eliminar o fator causal de dor. Como estratégias não farmacológicas revelou-se eficaz manter a pessoa informada sobre os cuidados, mostrar sensibilidade e empatia em relação à dor, utilizar musicoterapia e prestar cuidados de conforto e bem-estar.

As estratégias de comunicação eficaz, tanto verbal e não verbal têm uma grande influência não só no controlo da dor mas também na estabilidade emocional da pessoa e na perceção dos cuidados (Fink et al., 2015; Karlsson, Forsberg & Bergbom, 2012), pelo que a comunicação entre o enfermeiro e a pessoa sob VMI é

fundamental e não pode ser descurada. Nilsen et al. (2014) referem que o uso intencional de interações positivas, podem encorajar o envolvimento na comunicação. Hofhuis et al. (2008) relataram impressões positivas quando fornecidas informações e explicados procedimentos de enfermagem, reduzindo os níveis de ansiedade e stress.

Algumas das estratégias que desenvolvi centram-se na interpretação de expressões faciais e corporais, na colocação de questões de resposta fechada, na instrução de comportamentos seguros perante a presença de dispositivos médicos, na disponibilidade para o cuidado, no envolvimento familiar e na garantia da continuidade de cuidados.

O envolvimento familiar foi essencial no estabelecimento de comunicação efetiva com a pessoa, pois a família constituiu um recurso essencial no fornecimento de informações pertinentes e na interpretação das manifestações da pessoa (Guttormson et al., 2015).

O desmame é um processo inevitável na PSC sob VMI, que consiste na redução do suporte ventilatório até que a pessoa consiga respirar espontaneamente. É um processo gradual que requer cuidados contínuos, consistentes e dinâmicos, com monitorização da resposta imediata às mudanças fisiológicas e psicológicas (Khalafi et al., 2016). Estes autores desenvolveram um estudo sobre os cuidados básicos no desmame ventilatório e sublinharam a continuidade do cuidado como base do processo de desmame eficaz. Realçam a importância de não comprometer a qualidade dos cuidados por fatores extrínsecos à pessoa, como a falta de comunicação entre profissionais, de conhecimento, de experiência e de organização dos cuidados. Também Cederwall, Plos, Rose, Du"beck & Ringdal (2014) demonstram a importância da colaboração da equipa multi-profissional no planeamento do desmame, onde o enfermeiro assume uma posição única, pela relação e conhecimentos prévios que possui.

Na prática constatei que o desmame ventilatório é uma intervenção interdependente de enfermagem, prescrita pela equipa médica mas cujo plano ou objetivos terapêuticos que não são discutidos em equipa. A sua execução, monitorização e gestão é assegurada pela equipa de enfermagem, sem conhecer em pormenor a estratégia a seguir. Neste campo, questioneei o que suporta a tomada de decisão de enfermagem na gestão do procedimento.

Sabendo que o desmame ventilatório induz um período de ansiedade, desconforto e frustração acrescido para a PSC e que pode originar complicações como atelectasia, barotrauma, dependência prolongada do ventilador, diminuição do débito cardíaco e infecções, é fundamental que o processo seja implementado de forma interdependente pelos vários elementos da equipa multi-profissional (Khalafi et al., 2016).

Perante esta problemática o enfermeiro especialista deve ter a iniciativa de propiciar a discussão do plano terapêutico, contribuir com dados pertinentes e colaborar na decisão em equipa. A gestão dos cuidados pressupõe uma tomada de decisão fundamentada com a garantia da segurança e qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro), que só é possível de assegurar com conhecimento e domínio do protocolo terapêutico. O conhecimento e a experiência são requisitos para o enfermeiro perito ser capaz de reconhecer e intervir oportunamente em situações críticas e implementar ações para prevenir a sua recorrência (Benner et al., 2011).

A estratégia que adotei no contexto incidiu na prestação de cuidados individualizados, na discussão com a equipa multi-profissional sobre as modalidades e parâmetros ventilatórios em curso e na gestão dos cuidados minimizando os riscos e complicações associadas ao desmame. Como o processo de descontinuação do suporte ventilatório é afetado pelo uso de terapêutica sedativa, existe a necessidade de combinar abordagens de gestão da sedação e de desmame do ventilador (Girard et al., 2008). Esta foi também uma questão abordada com a equipa, no sentido de coordenar as intervenções. Por não existir um protocolo definido, foi necessário aprofundar conhecimentos sobre a melhor prática em ambas as áreas e recorrer a elementos peritos na equipa.

Idealmente a equipa multi-profissional deveria definir em conjunto um protocolo como eixo orientador da atuação, passível de ser adaptado às especificidades de cada pessoa e do conhecimento de toda a equipa, para alcançar um processo de desmame individualizado, eficiente e seguro (Blackwood, Burns, Cardwell & O'Halloran, 2014; Eckerblad, Eriksson, Kärner & Edéll-Gustafsson, 2009).

## **Resultados:**

Cuidar da pessoa sob VMI permitiu-me desenvolver competências num domínio específico da área da PSC. Demonstrei conhecimentos sobre VMI para gerir a técnica em função da resposta fisiológica, da adaptação da pessoa, das complicações associadas, dos objetivos terapêuticos e do potencial de recuperação. Revelou-se fundamental identificar a vulnerabilidade experienciada pela pessoa e família perante a instabilidade associada à necessidade de entubação endotraqueal e VMI.

A gestão da dor associada à VMI foi um foco da minha intervenção através da interpretação de evidências fisiológicas de dor, da aplicação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o seu controlo e da valorização do impacto ao nível da experiência vivida e do comportamento perante os cuidados.

O desenvolvimento de estratégias de comunicação eficaz verificou-se de extrema importância para o cuidado especializado à pessoa sob VMI, dadas as barreiras de comunicação que limitam a interação interpessoal e a relação terapêutica. Possibilitou o reforço da relação terapêutica estabelecida, a garantia do respeito pela autonomia e dignidade da pessoa e favoreceu a sua participação efetiva na tomada de decisão sobre os cuidados.

Assumir uma postura de iniciativa na articulação com a equipa multi-profissional, tendo em vista a gestão eficaz dos cuidados, permitiu melhorar a segurança e a qualidade na execução de protocolos terapêuticos, fundamentar a tomada de decisão sobre o processo de cuidados e otimizar a resposta de enfermagem.

**Objetivo: Desenvolver competências de enfermagem na gestão de complicações, focos de instabilidade e perturbações emocionais associadas à experiência vivida pela PSC adulta sob VMI e família.**

A PSC vivencia momentos de instabilidade fisiológica, vulnerabilidade e risco de vida durante a permanência numa unidade de cuidados críticos, sendo fundamental dirigir os cuidados não só para a intervenção *lifesaving* mas também

para responder às necessidades que esta manifesta (Castro, Vilelas & Botelho, 2011).

A doença crítica e a VMI são fontes de stress para a PSC, aumentando a exposição a fatores de risco para o desenvolvimento de complicações. Estar sujeito a estes fatores conduz à ativação do sistema nervoso simpático, responsável pelo aumento da tensão arterial e da frequência cardíaca e respiratória. Quando associado à instabilidade hemodinâmica pré-existente, agrava o prognóstico da pessoa e tem um impacto negativo na recuperação (Farley et al., 2016).

São referidas como as experiências mais stressantes para a pessoa os procedimentos terapêuticos, o ambiente hostil, a presença de TET, a dor, as alterações ao padrão de sono e a manifestação de delirium (Samuelson et al., 2007). Aspetos que podem ser geridos pelo enfermeiro especialista de forma a minimizar o seu efeito.

Para assegurar a segurança, o conforto, a tolerância da pessoa ao TET e a sincronia com a VMI é associada a administração de terapêutica sedativa e analgésica (Cluckey et al., 2014; Samuelson et al., 2007). Apesar da sedação se ter tornado parte integrante do suporte ventilatório, produz consequências negativas na vivência e recuperação da pessoa, pois altera a perceção e a memória dos acontecimentos, é fator de risco para a ocorrência de delirium e SSPT, aumenta o tempo de necessidade de VMI e consequentemente o tempo de internamento (Junior, Neto, Figueiredo & Park, 2008).

Os estudos e as orientações mais recentes têm apoiado o benefício da utilização de níveis mais leves de sedação e recomendam o despertar diário da sedação (Barr et al., 2014; Girard et al., 2008).

O despertar diário da sedação implica uma transição do estado de sedação para lucidez que constitui um momento crítico para a pessoa, pelo elevado risco de confusão, agitação e alucinação (Walker & Gillen, 2006). É da competência do enfermeiro especialista a gestão deste foco de instabilidade, mantendo um equilíbrio entre a estabilidade fisiológica, a segurança, a orientação no espaço, tempo e circunstância e a satisfação das necessidades básicas.

Na UCI em questão não é cumprido o despertar diário mas é mantido um nível de sedação mínimo de acordo com a resposta da pessoa e o objetivo terapêutico, mas são realizadas tentativas de suspender a sedação sempre que se reúnam

condições para tal. A gestão da sedação é realizada em colaboração com a equipa médica, sendo monitorizada e ajustada continuamente pelo enfermeiro. Walker e Gillen (2006) sugerem que a prescrição de sedação deve ser baseada em objetivos explícitos, de forma a reduzir a variabilidade na tomada de decisão entre enfermeiros.

Para realizar a monitorização do nível de sedação utilizei a escala de Agitação e Sedação de Richmond (RASS) e a Escala de Coma de Glasgow (GCS), conforme as orientações da Society of Critical Care Medicine (Barr et al., 2014).

A utilização de escalas fidedignas e validadas para populações específicas possibilitam uma intervenção sustentada em conhecimento científico, centrada na pessoa e permitem avaliar os resultados associados (Barr et al., 2014). Assim, é possível adequar a intervenção à especificidade de cada pessoa e obter melhores resultados em saúde.

Baseei a minha intervenção no âmbito da gestão da sedação na individualização dos cuidados à pessoa, na monitorização contínua da resposta às tentativas de despertar, na reorientação para a realidade e na discussão com a equipa multi-profissional das estratégias que induzam a melhor resposta da pessoa. Foi fundamental assegurar a continuidade dos cuidados, pela documentação da resposta à estratégia implementada e a transmissão direta de dados à equipa.

No despertar a pessoa progride em níveis de consciência, até se relacionar com os elementos externos a si (Pinto, 2014). A reconstrução da consciência pode ser imediata, sem que a pessoa se questione sobre si ou sobre a circunstância em que se encontra e usualmente tenta assumir as rotinas que eram habituais (Pinto, 2014). Estas tentativas são vistas pelos profissionais de saúde como comportamentos desajustados.

O cenário de perceção e consciencialização da condição de saúde atual potencia o desenvolvimento de sentimentos de insegurança, incerteza, medo, ansiedade e desconforto tanto para a pessoa como para a família (Fink et al., 2015; Meriläinen et al., 2013). Constituem focos de instabilidade emocional que devem ser geridos pelo enfermeiro especialista, tendo por base o estabelecimento de uma relação de confiança assente na comunicação e na disponibilidade para fornecer suporte.

Ao longo do estágio tive presente a importância da comunicação interpessoal no cuidado, rentabilizando os momentos de interação para conhecer a pessoa e família, e identificando a intervenção mais adequada para minimizar o impacto emocional da vivência daquela situação crítica. Tranquilei e esclareci a pessoa sobre o que está a acontecer, o que se revelou fundamental para promover a sua colaboração e assegurar a eficácia dos cuidados. Fornecer informação e proporcionar a participação da pessoa na tomada de decisão, garante o respeito pela autonomia, liberdade na tomada de decisão e favorece o estabelecimento de uma parceria na relação de cuidados (Tubau & Alibés, 2011).

O ambiente da UCI também pode ser reestruturado de forma a melhorar a experiência de despertar e as necessidades da pessoa internada. Para Henderson, o ambiente é o conjunto de condições externas que afetam a vida e o desenvolvimento da pessoa, sendo o enfermeiro responsável por otimizá-lo favorecendo o impacto a nível físico e psicológico para a pessoa (Alligood & Marriner-Tomey, 2010).

Consciente da intervenção do enfermeiro especialista a este nível e sabendo que no despertar a pessoa progride em níveis de consciência no sentido da interação com elementos externos (Pinto, 2014), intervi no controlo do ruído, com recurso a luz natural e à minimização da luz artificial no período noturno, na gestão dos alarmes, no planeamento das intervenções de modo a reduzir as interações durante o sono, no uso de estratégias alternativas à contenção ao leito e na utilização de musicoterapia durante os cuidados, para promover o relaxamento e reduzir a ansiedade. As intervenções na gestão do ambiente repercutem-se no modo como a pessoa percebe e consciencializa a sua condição de saúde, sendo determinantes no processo de transição que realiza.

Outro aspeto a considerar é a influência causada pelo contexto na relação terapêutica. As circunstâncias especialmente complexas e imprevisíveis criam estados de incerteza e requerem constante adaptação à pessoa e situação de cuidados. Sendo a prática de enfermagem influenciada pelo contexto onde exerce cuidados (Fernandes & Vareta, 2018), na área da PSC foi-me exigida a capacidade de auto-controlo, gestão emocional e relação inter-pessoal, para além das competências técnicas e práticas. A maturidade profissional a este nível requer um processo de reflexão sobre a prática, que orientou a aquisição de novas

experiências e significados, possibilitando outras formas de agir (Fernandes & Vareta, 2018).

Com a ativação de experiências e conhecimentos anteriores e integração dos atuais, refleti e analisei situações de cuidados que permitiram adotar novas perspectivas sobre a influência do enfermeiro especialista na gestão dos cuidados.

A gestão de complicações, focos de instabilidade e perturbações emocionais associadas à experiência vivida pela PSC adulta sob VMI e família só foi possível adotando uma postura reflexiva, dinâmica e humanizadora dos cuidados.

A situação crítica está associada a instabilidade e risco de vida, pelo que ter um familiar neste contexto exacerba a ansiedade e preocupação sentidas. Proporcionar um momento de acolhimento à família na primeira visita é fundamental para preparar o confronto com a situação do familiar.

Na UCI participei no acolhimento à família, que se realiza de forma privada e onde é explicado o motivo do internamento, o plano de intervenção previsto para o familiar, as normas e organização do serviço e a necessidade de cumprir medidas de controlo de infeção. É ainda descrita a constituição da unidade e explicada a finalidade do equipamento, nomeadamente monitores, ventilador e sistemas de administração de terapêutica. Posteriormente, a família é acompanhada até junto do familiar e oferecida disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas.

Com o acolhimento pretende-se minimizar o impacto do primeiro confronto com a nova condição de saúde do familiar e com a complexidade da unidade. Perante a instabilidade hemodinâmica que a pessoa apresenta, foi importante gerir expectativas e preparar a família para a possibilidade de oscilações no estado de saúde.

Segundo Rose et al. (2017), a família da PSC experiencia constrangimentos físicos e psicológicos que requerem um elevado nível de suporte, pois enfrenta um período de ansiedade, medo e incerteza relacionado com o prognóstico e tratamento, que requer ajuste e adaptação em relação à nova condição de saúde do seu familiar. Foi fundamental estabelecer uma relação de empatia e confiança com a família e perceber de que forma a situação do familiar está a induzir mudanças na conceção da família

Frequentemente as necessidades da família são colocadas em segundo plano, perante a valorização da PSC, sendo o período de visita o momento ótimo para



estar presente, disponível para esclarecer dúvidas e contribuir para que ultrapassem esta fase complexa da melhor forma. Seguindo uma abordagem centrada na pessoa, a família integra o planeamento de cuidados sendo também alvo destes (Sá et al., 2015). Se as necessidades da família forem efetivamente atendidas, esta pode proporcionar conforto e suporte à pessoa, reduzindo o risco de desajustamento perante a adaptação à nova condição de saúde (Al-Hassan & Hwedi, 2004).

É essencial reconhecer que a PSC e a sua família iniciam uma transição saúde-doença ou uma modificação no processo de transição em curso, quando dão entrada no SU. Cuidar de pessoas a vivenciar processos de transição, requer o desenvolvimento de intervenções de enfermagem dirigidas às suas necessidades individuais, que os influenciem favoravelmente. Experimentar uma situação de risco de vida de alguém próximo exige a mobilização de competências e recursos muitas vezes escassos, pelo que foi fundamental manter a família informada e tranquilizada sobre o estado do seu familiar e integrada no plano terapêutico.

Como já referi anteriormente, o internamento em UCI e a necessidade de VMI são fatores de risco para complicações a longo prazo. Sabendo que os enfermeiros especialistas têm uma intervenção fundamental no controlo destes fatores (Warlan & Howland, 2015), identifiquei e implementei intervenções de modo a reduzir o seu efeito. Centrei os cuidados na pessoa e nas suas necessidades, tendo em conta fatores como o controlo do ambiente, a gestão de sintomas, o comportamento da equipa de enfermagem e o acompanhamento após a alta.

Em relação ao acompanhamento após a alta, na UCI em questão está implementado um projeto de avaliação do impacto causado pela experiência de internamento. Consiste na realização de uma consulta de *follow-up* 6 meses após a alta da unidade, onde é avaliada a qualidade de vida e o grau de dependência, identificados fatores de stress no internamento, avaliadas necessidades de cuidados e despistados sinais e sintomas de SSPT.

Esta é uma intervenção de grande importância na avaliação da perceção da pessoa e família. Possibilita compreender que aspetos são valorizados e como as intervenções de enfermagem os influenciaram. Farley et al. (2016) e Svenningsen, Langhorn, Ågård e Dreyer (2015) realçam a importância da realização de consultas de *follow-up* na resolução de problemas identificados ao longo da recuperação e a

possibilidade de compreender as sequelas causadas pela experiência de estar sob VMI em UCI.

A consulta é realizada por elementos da equipa médica e de enfermagem e são incluídas no projeto pessoas com internamento superior a 48h (Reis et al., 2016). A adesão é de cerca de 60%, sendo os fatores que limitam a adesão à consulta a elevada dependência física, a necessidade de transporte próprio e o número de óbitos ocorridos após o internamento (Reis et al., 2016).

Tive oportunidade de participar na realização da consulta e constatei que a condução da entrevista é bastante complexa. É seguida uma entrevista semi-estruturada baseada em escalas adaptadas à população portuguesa (Anexo I) como a EQ-5D (instrumento do *EuroQol Group* para avaliação da qualidade de vida), o SF-36 (*Short-Form Health Survey*) a HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) e o PCL-C (*Post Traumatic Stress Syndrome Checklist - Civilian Version*) (Berger, Mendlowicz, Souza & Figueira, 2004; Ferreira, 1998; Ferreira, Ferreira & Pereira, 2013; Ribeiro et al., 2007). É ainda realizado um questionário de avaliação da experiência vivida na unidade elaborado pela equipa do projeto. A entrevista é dirigida à pessoa, não contemplando a vivência da família, apesar de ser uma preocupação identificada.

Conduzi a consulta de forma imparcial, tentando limitar as tentativas da família em responder pela pessoa. Identifiquei que este é o momento ideal para esclarecer dúvidas e ajudar na reconstrução de memórias sobre o internamento.

Para além de permitir compreender a perspetiva da PSC e família sobre a experiência de internamento e dar suporte após a alta, a consulta de *follow-up* possibilita a integração dos resultados obtidos na prática de cuidados através da formação de pares, contribuindo para a correção de práticas, para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e consequentemente, dos resultados em saúde.

É de extrema importância acrescentar os dados da experiência da PSC sob VMI ao conhecimento científico existente, para reduzir a discrepância entre o que é previsto teoricamente e o acontece na prática (Baumgarten & Poulsen, 2014).

Durante o internamento a equipa multi-profissional deve preparar a pessoa e família para as necessidades que vão surgir após a alta hospitalar, sendo importante

o acompanhamento após a alta, para facilitar e otimizar a recuperação (Svenningsen et al., 2015).

Os resultados das consultas de *follow-up* de entre 2009 e 2014, revelam que das 655 pessoas avaliadas 58% retomaram a vida diária no momento da consulta e 63% referem ter memória da vivência em UCI. As experiências mais significativas relacionam-se com preocupações com a família (41%), sensação de sede (36%), perda da noção do tempo (30%), dificuldade em comunicar (30%), presença de um tubo no nariz (29%), desconforto geral (29%) e dor (28%) (Reis et al., 2016). Os resultados estão em consonância com as evidências do estudo de Granja et al. (2005) onde foram identificadas a aspiração do tubo traqueal, a presença de um tubo no nariz, preocupações com familiares, a dor, a imobilização na cama e o medo de morrer/incerteza no futuro como causas de stress durante o internamento em UCI. Na avaliação da qualidade de vida, são referidas limitações relacionadas com a mobilidade (28%), a respiração (19%), o auto-cuidado (14%) e a comunicação (14%). Na perceção sobre a qualidade de vida após o internamento, 43% das pessoas refere ter piorado e 39% manter-se inalterada (Reis et al., 2016).

Apesar de inicialmente ambicionar colaborar na formação de pares sobre o tema, analisei a conjuntura da unidade e identifiquei que a prioridade na mudança de práticas seria eliminar um fator que limita atualmente a intervenção de enfermagem nesta área. A equipa de enfermagem está sensibilizada para a necessidade de minimizar o efeito negativo causado pela experiência de internamento, no entanto a manifestação de delirium verificou-se um obstáculo. Assim, este foi o tema central do meu contributo para o projeto, que irei abordar com detalhe na análise do próximo objetivo.

### **Resultados:**

A experiência vivida pela PSC sob VMI e família depende da competência do EEEPSC na gestão de complicações, focos de instabilidade e perturbações emocionais decorrentes desta condição. A perceção do impacto da intervenção de enfermagem no processo de saúde da pessoa, é a base para o desenvolvimento de competências especializadas nesta área.

Reconheci a importância de promover um ambiente tranquilo e seguro, facilitador da vivência do processo de estabilização e tratamento, da postura na

relação terapêutica, com estratégias de comunicação eficaz e uso intencional de interações positivas, da gestão de sintomas, capacitando a pessoa para colaborar na sua monitorização, e da assistência nas perturbações emocionais, gerindo o medo e ansiedade manifestados. Para tal, foi essencial adotar uma postura reflexiva, dinâmica e humanizadora dos cuidados, tendo presente que a experiência vivida no momento irá determinar a sua recuperação e a forma como se irá adaptar à nova condição de saúde. Constatei efetivamente a influência da intervenção do EEEPSC no padrão de resposta ao processo de transição saúde-doença vivenciado pela pessoa e família.

Com a participação na consulta de *follow-up* pude aprofundar o conhecimento sobre a perceção da pessoa acerca do internamento e realizar o acompanhamento após a alta, identificando necessidades de cuidados e referenciado para outros profissionais. Ao confrontar os dados obtidos na consulta com a evidência científica, consegui alargar o escopo de conhecimentos neste domínio e identificar na prática como, quando e porquê devia aplicar esse conhecimento.

**Objetivo: Desenvolver a capacidade de análise da prática de cuidados, com identificação de áreas suscetíveis de melhoria, tendo em vista a qualidade dos cuidados de enfermagem.**

O enfermeiro especialista deve ter uma postura ativa na educação, consultoria e liderança dos pares, assumindo a responsabilidade acrescida de identificação de lacunas de conhecimento e criação de oportunidades de aprendizagem (Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro).

No SU, identifiquei lacunas na intervenção da equipa de enfermagem à pessoa sob VMI e a ausência de informação disponível no serviço sobre o tema. A entubação endotraqueal é frequente na sala de reanimação, por motivos relacionados com a proteção da via aérea, diminuição do score na GCS, em situação de paragem cardio-respiratória, por obstrução por fluídos ou objetos ou por incapacidade de realizar uma ventilação eficaz. As pessoas que iniciam VMI permanecem na sala de observação até à sua estabilização e disponibilidade de

vaga na UCI, pelo que é fundamental dominar os cuidados de enfermagem à pessoa nesta condição.

Identificada a problemática e diagnosticada a necessidade formativa, elaborei um guia orientador dos cuidados de enfermagem à pessoa com TET e VMI (Apêndice II). A integração e partilha de conhecimento científico na prática de enfermagem, conduz a uma melhoria dos resultados obtidos e da qualidade dos cuidados. Segundo a OE (2002), a criação de guias orientadores de boas práticas baseados em evidência, constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Construído o guia, foi apresentado aos membros da equipa de enfermagem, ficando disponível para consulta no serviço. Deste modo, pude contribuir para o incremento de conhecimento da equipa e estimular a reflexão sobre a prática no âmbito dos cuidados à pessoa com TET e VMI.

Identifiquei também a existência de dúvidas relativas aos algoritmos de tratamento de taquiarritmias e bradicardias na equipa, pelo que elaborei dois pósteres informativos para expor na sala de reanimação (Apêndice III). Assim, os algoritmos podem ser rapidamente consultados para clarificar dúvidas em situações emergentes, facilitando a obtenção de conhecimento científico.

Estes pósteres foram apresentados à comunidade académica no âmbito das comemorações do dia da ESEL.

O escopo de conhecimentos exigido para a prestação de cuidados de enfermagem à PSC é muito vasto e a diversidade de situações de cuidados que podem surgir requerem investimento e atualização de conhecimento constantes. Na procura de conhecimento acerca da temática da VMI, dos projetos mais recentes e da realidade do cuidado em situação crítica em Portugal participei em eventos de cariz científico. Nas Jornadas Nacionais de Enfermagem Intensiva destaco as mesas de “Emergências de Saúde Pública”, “Optimizando a sedoanalgesia no doente crítico” e “Desafios na Ventilação”, como as mais pertinentes. Participei também no Congresso do Doente Crítico 2017, onde apresentei o póster intitulado “O despertar da pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva em cuidados intensivos: uma intervenção especializada de enfermagem” (Anexo II), o que possibilitou a partilha e dinamização de conhecimentos na área de estudo que estou a aprofundar junto da comunidade profissional.

No estágio em UCI, ao analisar a prática de cuidados identifiquei que um dos fatores limitadores da intervenção de enfermagem no despertar da PSC sob VMI é a manifestação de delirium. No entanto, verifica-se falta de sensibilização da equipa multi-profissional para a ocorrência de delirium na pessoa internada e a inexistência de instrumentos de monitorização instituídos na unidade. Apesar de ser uma evidência demonstrada pelos resultados da consulta de *follow-up* (Reis et al., 2016) e de existir uma norma de procedimento na instituição sobre a prevenção, diagnóstico e tratamento de delirium, esta não está a ser aplicada pelos profissionais.

Estes motivos impulsionaram a elaboração de um documento com o intuito de compilar dados de evidência científica sobre o tema e fundamentar a importância de implementar uma estratégia de monitorização de delirium. Foi incluída a definição de delirium, aprofundado o conhecimento sobre as causas, tipos e fatores precipitantes, especificado o delirium em contexto UCI, apresentada a escala de avaliação CAM-ICU, as medidas farmacológicas e não farmacológicas na prevenção e tratamento de delirium e a intervenção de enfermagem na gestão do processo de delirium.

Com a identificação desta problemática e fundamentação da melhor prática de enfermagem com base em evidência, contribuí para a incorporação de novo conhecimento na equipa que deverá impulsionar a mudança de práticas no futuro.

Sendo a ausência de monitorização de delirium uma lacuna transversal a outras unidades do país<sup>2</sup>, elaborei um documento intitulado “O delirium em unidade de cuidados intensivos: ilusão ou realidade?” com o intuito de produzir e divulgar conhecimento sobre o tema e instigar a reflexão sobre a necessidade de intervenção dirigida para o delirium.

Para além do trabalho desenvolvido na melhoria da qualidade dos cuidados em ambos os contextos, realço os momentos de partilha de conhecimento proveniente da experiência e da evidência científica, e de reflexão sobre a prática com os enfermeiros orientadores e peritos na área da PSC. A motivação e o desafio intelectual para a aquisição de novos conhecimentos e competências revelaram-se fundamentais para a minha aprendizagem.

---

<sup>2</sup> Foi realizado um inquérito nacional em UCI que revelou que 60% das unidades portuguesas não avaliam nem monitorizam a presença de delirium (Pinto, 2011).

## **Resultados:**

O enfermeiro especialista deve possuir uma prática de cuidados sustentada em evidência, para responder da melhor forma às situações de elevada complexidade com que se depara no cuidado à PSC e ser facilitador da aprendizagem dos pares.

Considero que assumi uma postura ativa na formação, consultoria e produção de conhecimento, ao identificar lacunas de conhecimento, criar oportunidades de aprendizagem e divulgar o trabalho de investigação por mim realizado.

Ao diagnosticar o delirium como um dos fatores limitadores da intervenção de enfermagem no despertar da PSC sob VMI, identifiquei uma oportunidade de melhoria, defini estratégias de atuação e contribui para a implementação de um processo de formação da equipa com a incorporação de novo conhecimento, que impulsionará o desenvolvimento de uma prática clínica especializada.

Neste âmbito, considero que assumi a função de perito pois contribui para a mudança de atuação da equipa de enfermagem no sentido da melhoria das suas competências, com a integração de conhecimento e capacidades para a resolução de problemas identificados na prática (Nunes, 2010).

**Objetivo: Desenvolver uma prática profissional mediante processos de tomada de decisão ética suportados em princípios, valores, normas deontológicas e evidência científica.**

A tomada de decisão ética, suportada em princípios, valores e normas deontológicas é um pressuposto transversal ao exercício profissional de enfermagem que foi desenvolvido e aperfeiçoado ao longo do estágio.

Assente nesta prática está o comportamento demonstrado e as decisões assumidas perante as situações de cuidados, que refletem o respeito pela pessoa, pela sua dignidade e individualidade, considerando o ambiente no qual se insere e interage (OE, 2001).

Para desenvolver esta competência foi fundamental promover o respeito pelo direito da pessoa no acesso à informação e à confidencialidade na equipa de enfermagem e promover o respeito à escolha e à auto-determinação, considerando os seus valores, costumes e crenças.

A PSC está frequentemente impossibilitada de comunicar verbalmente por diversos fatores, constituindo a família um recurso essencial para partilhar informações e identificar preferências, necessidades e desejos da pessoa, pelo conhecimento prévio que possui. Por não conseguir comunicar, não fornece dados sobre quem considera ser a sua família ou que informação sobre o seu estado de saúde pretende ser transmitida. Surge neste contexto, a questão da confidencialidade da informação transmitida aos familiares pelos profissionais de saúde.

Este tema incitou a necessidade de refletir e aprofundar o meu entendimento sobre o direito à informação e à garantia da confidencialidade, pelo que elaborei um jornal de aprendizagem. Para a sua execução utilizei o Ciclo Reflexivo de Gibbs, através do qual questioneei e refleti sobre a minha intervenção, conduzindo ao desenvolvimento de competências na área da ética e da deontologia profissional, na gestão da comunicação, da relação terapêutica estabelecida com a pessoa e família e de perturbações emocionais decorrentes da situação crítica. Concluí que a informação fornecida à família deve ser gerida de forma criteriosa e ponderada ao longo do internamento. Deve ser avaliada a capacidade da pessoa decidir sobre esta questão, possibilitada a partilha de informação na presença da pessoa e proporcionados momentos de receção da família em equipa multi-profissional, de forma a uniformizar a informação transmitida e partilhar diferentes perspetivas sobre os cuidados, facilitando o entendimento.

Este processo reflexivo contribuiu para basear a minha prática na conceção da pessoa em todas as suas dimensões e não tomar decisões presumidas na gestão dos cuidados. A família deve ser alvo do cuidado de enfermagem e acompanhada ao longo de todo o processo de recuperação do familiar, sem colidir com os direitos da pessoa.

A minha prática evidenciou o respeito pelos princípios implícitos no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e no Código Deontológico do Enfermeiro, nomeadamente no que toca ao respeito da pessoa e da dignidade humana, à promoção da autonomia e independência e à proteção dos seus direitos. São os princípios enunciados nestes documentos que orientam, regulam e suportam a prática profissional, definindo os padrões éticos e deontológicos esperados que podem conduzir à excelência do cuidar (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005).



Ao adotar esta conduta, os enfermeiros devem transparecer a humanização inerente ao cuidado. Ao longo do desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem à PSC tive presente que o domínio científico, técnico e prático que caracteriza o perito (Nunes, 2010) é tão importante como a garantia da humanização dos cuidados e a adaptação das intervenções de forma a respeitar a vontade e maximizar o benefício para a pessoa.

No sentido de promover o respeito pela autonomia da pessoa possibilitei a decisão sobre as opções terapêuticas, fornecendo informações acerca das vantagens das diferentes intervenções, apoiando na escolha e respeitando a tomada de decisão. Nas situações em que a pessoa não demonstrou capacidade para exercer a sua autonomia, foi fundamental solicitar a intervenção da família, possibilitando adquirir conhecimento sobre os seus valores, costumes e crenças para que as intervenções que implementei se conjugassem com as suas preferências.

A capacitação da pessoa para o exercício da autonomia, deve ser desenvolvida o mais precocemente possível, possibilitando realizar escolhas significativas, definir o seu projeto de saúde e os objetivos a alcançar. Assim, estabeleci uma parceria na relação de cuidados, onde a responsabilidade pela saúde da pessoa foi partilhada por ambos. Assumido este princípio, a pessoa como parceira no processo de cuidar tem a possibilidade de realizar escolhas informadas, exercendo a sua autonomia de modo a existir uma real adesão às intervenções. Cabe ao enfermeiro fundamentar com o seu conhecimento e experiência as opções de cuidados e planejar, implementar e avaliar os cuidados considerando as suas preferências, crenças, valores, estilos de vida e circunstâncias sociais e familiares (McComarck et al., 2015, Meleis et al., 2000).

Na base destas ações está o assumir a pessoa como um ser único e desenvolver em conjunto com esta respostas adequadas às suas necessidades. Como resultado existe um maior envolvimento da pessoa nos cuidados, a decisão partilhada é concretizada e aumenta a satisfação com os cuidados (McCormack & McCance, 2006).

Ao elaborar um estudo de caso em UCI aprofundei conhecimentos sobre a situação de saúde da pessoa e descrevi o processo de cuidados individualizado desenvolvido durante a prestação de cuidados para responder às necessidades de

cuidados identificadas, onde integrei as preferências e vontades partilhadas pela pessoa e família. Segundo Henderson (2007), o enfermeiro e a pessoa devem ser parceiros na formulação do plano de cuidados, possibilitando ajustar as necessidades às condições de saúde específicas e considerar as capacidades físicas, psicológicas e culturais da pessoa. Para cumprir estes desígnios estruturei um plano de cuidados personalizado, tendo em conta a evolução e capacidade de participação da pessoa no processo de enfermagem implementado.

Cada relação de cuidados é única e determinada pelas necessidades da pessoa e família. Como tal, o cuidado de enfermagem deve refletir a integração dos princípios éticos e deontológicos, do conhecimento e da experiência na resposta a essas necessidades.

### **Resultados:**

Suportei a tomada de decisão ética em princípios, valores e normas deontológicas, aperfeiçoando ao longo do estágio o que já era um pressuposto integrado no meu exercício profissional.

Os comportamentos demonstrados e as decisões que assumi nas situações de cuidados, refletem o respeito pela dignidade e individualidade da pessoa e o compromisso com a relação estabelecida. A minha atuação teve por base a integração da pessoa na construção de estratégias de resposta às necessidades percebidas e a valorização das suas crenças e valores.

A mobilização de conhecimentos e competências na área da ética e da deontologia profissional, a capacitação da pessoa para assumir escolhas significativas e a tomada de decisão conjunta no processo de cuidados, foram requisitos essenciais para responder de forma holística e centrada na pessoa. De realçar a importância de garantir a humanização dos cuidados num contexto em que o domínio científico e técnico é predominante.

De forma geral, considero ter agido de forma profissional, tendo em conta a garantia da qualidade e segurança dos cuidados, os princípios éticos e deontológicos da profissão e os direitos humanos fundamentais.

### **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A elaboração do presente relatório é uma das etapas de um percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas que irá terminar com a apresentação e discussão pública deste relatório. A metodologia implementada na fase de projeto foi permeável a reestruturações, tendo em conta as características e as necessidades identificadas nos contextos, demonstrando ser uma ferramenta dinâmica e potenciadora de aprendizagens.

Foi um processo baseado na descrição e análise de situações de cuidados experienciadas e das intervenções realizadas durante o estágio, na reflexão sobre a prática e na tomada de decisão fundamentada pela articulação de conhecimento baseado em evidência com os princípios que orientam a profissão de enfermagem.

Neste relatório apresentei as atividades, as estratégias adotadas e a análise de como estas conduziram ao desenvolvimento das competências preconizadas nos descritores de Dublin para o 2.º ciclo de formação para a obtenção do grau de mestre, e pela OE para a área de especialização em PSC.

Estas competências foram aplicadas em contextos multidisciplinares com o intuito de resolver os problemas identificados, demonstrando capacidade de tomada de decisão perante questões complexas, comunicando à pessoa e à equipa multi-profissional os pressupostos inerentes a esse processo.

Na análise realizada realcei a intervenção do EEEPSC no processo de transição vivido pela pessoa adulta submetida a VMI e família, suportada pelo modelo das Necessidades Humanas Fundamentais de Virgínia Henderson e a teoria de médio alcance das transições de Afaf Meleis. Com base na articulação destas teorias foi possível compreender e interpretar as interações entre a pessoa e o ambiente e identificar como a intervenção de enfermagem pode contribuir para uma vivência de doença crítica favorecedora da adaptação e aceitação da nova condição de saúde.

Ao constatar o percurso efetuado, considero ter alcançado os objetivos definidos, pois desenvolvi competências na gestão dos cuidados à pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica ou falência orgânica, nomeadamente na abordagem à pessoa sob VMI, na gestão de complicações, focos de instabilidade e perturbações emocionais associadas à experiência vivida pela

PSC adulta sob VMI e família. Demonstrei capacidade de análise da prática de cuidados, com identificação de áreas suscetíveis de melhoria e definição de estratégias dirigidas. Assegurei uma intervenção suportada pelos princípios éticos e deontológicos, considerando os valores e as preferências da pessoa e objetivando a melhor prática para cada situação de cuidados.

A complexidade dos contextos de estágio e a procura contínua de conhecimento nos diferentes domínios, favoreceram a adoção de uma intervenção sustentada em sólidos padrões de conhecimentos técnicos e científicos e na tomada de decisão baseada em evidência.

De realçar que os contextos de estágio promoveram um ambiente de desenvolvimento de competências, favorecendo a aprendizagem. Foi possível conhecer diferentes realidades e perspetivas sobre o cuidado de enfermagem, sendo a discussão e partilha de conhecimentos e experiências com os enfermeiros orientadores e pares, bastante enriquecedora.

Na prática de cuidados constatei dificuldade em aplicar os dados descritos na evidência científica no que toca à intervenção de enfermagem no despertar da PSC sob VMI, pois apesar de ser adotada uma intervenção de enfermagem centrada na pessoa e nas suas necessidades, não são tidos em conta todos os fatores identificados na literatura. Neste domínio, destaco a gestão do ambiente e o controlo de sintomas como aspetos passíveis de melhoria e que ainda são desvalorizados.

Dada a importância do tema aprofundado e a complexidade do cuidado à PSC, é essencial manter a procura de conhecimento sobre a experiência vivida e investir na validação de intervenções de enfermagem que se proponham como facilitadoras do despertar da pessoa sob VMI. Seria igualmente importante realizar investigação em enfermagem para identificar os fatores que limitam a intervenção no despertar da pessoa sob VMI em UCI.

Perspetivo num futuro próximo publicar os dados da RIL realizada e do documento intitulado “O delirium em unidade de cuidados intensivos: ilusão ou realidade?” com o intuito de divulgar conhecimento produzido sobre o tema.

Ao longo do desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem à PSC, reconheci que mais importante que o domínio técnico e científico é a garantia da humanização dos cuidados e a adaptação das técnicas de forma a maximizar o benefício para a pessoa e minimizar os efeitos negativos. É necessário

aliar o domínio dos recursos técnicos à humanização do cuidado, tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, a aceitação à nova condição de saúde e a obtenção de melhores resultados em saúde.

O aprofundar de domínios de competências numa área de cuidado específica permitiu criar um entendimento especializado sobre o cuidado e responder com elevado grau de adequação numa abordagem centrada na pessoa, nas suas necessidades e tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida.

A conceção da pessoa na sua totalidade tendo em conta as experiências vividas, os fatores psicológicos e sociais e a sua vontade, é uma das competências descritas para a prática de enfermagem avançada (Canadian Nurses Association, 2008) que desenvolvi ao longo deste percurso.

Considerando que a enfermagem deve evoluir no sentido de uma maior competência, baseada em conhecimento próprio de enfermagem e centrada na resposta às necessidades humanas (Silva, 2007), com o aprofundar desta temática refleti sobre a teoria implícita nas práticas e contribui para o desenvolvimento da profissão, suportando a tomada de decisão numa área de elevada importância para a enfermagem na área da PSC.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al-Hassan, M. & Hwedi, I. (2004). The perceived needs of Jordanian families of hospitalized, critically ill patients. *International Journal of Nursing Practice*, 10(2). 64-71. **DOI:** 10.1111/j.1440-172X.2003.00460.x
- Alligood, M. & Marriner-Tomey, A. (2010). *Nursing theorists and their work*. (4<sup>a</sup> ed.) Missouri: Mosby/Elsevier.
- Almeida, M. & Ribeiro, J. (2008). Stress dos doentes nos cuidados intensivos. *Revista Referência*. II Série. 7.
- Al-Yateem, N. & Docherty, C. (2015). Transition: A concept of significance to nursing and health care professionals. *Journal of Nursing Education and Practice*, 5(5). **DOI:** 10.5430/jnep.v5n5p35
- American Association for Respiratory Care (2010). Clinical Practice Guidelines: endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients with artificial airways. *Respiratory Care*, 55. 758-764.
- American College of Surgeons Committee on Trauma (2009). *Advanced Trauma Life Suport - ATLS*. (9<sup>a</sup> ed.) Disponível em <https://www.44c.in.ua/files/book11.pdf>
- Barr, J., Fraser, G., Puntillo, K., Ely, E., Gélinas, C., Dasta, J. ... Jaeschke, R. (2013). Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit. *Society of Critical Care Medicine*, 41(1). **DOI:** 10.1097/CCM.0b013e3182783b72
- Batalha, L., Figueiredo, A., Marques, M. & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT). *Revista Referência*, II Série, 9. 7-16.
- Baumgarten, M. & Poulsen, I. (2015). Patient's experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative metasynthesis. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 29(2). 205-214. **DOI:** 10.1111/scs.12177
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2<sup>a</sup> ed.). Coimbra: Quarteto.
- Benner, P., Kyriakidis, P. & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care – A Thinking-in-action Approach* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Springer Publishing Company.

- Berger, W., Mendlowicz, M., Souza, W. & Figueira, I. (2004). Equivalência semântica da versão em português da Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C) para rastreamento do transtorno de estresse pós-traumático. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 26(2). 167-175. **DOI:** 10.1590/S0101-81082004000200006
- Blackwood, B., Burns, K., Cardwell, C. & O'Halloran, P. (2014). Protocolized versus non-protocolized weaning for reducing the duration of mechanical ventilation in critically ill adult patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11. **DOI:** 10.1002/14651858.CD006904.pub3
- Canadian Nurses Association (2008). *Advanced Nursing Practice: A National Framework*. 1-45. Ottawa: Canadian Nurses Association.
- Castro, C., Vilelas, J. & Botelho, M. (2011). A experiência vivida da pessoa doente internada numa UCI: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*, 15(2).
- Cederwall, C., Plos, K., Rose, L., Du" beck, A. & Ringdal, A. (2014). Critical care nurses management of prolonged weaning: an interview study. *British Association of Critical Care Nurses*, 19(5). **DOI:** 10.1111/nicc.12092
- Chaboyer, W., Kendall, E. & James, H. (2005). Transitional Care After the Intensive Care Unit. *Critical Care Nursing*, 25(3). 16–26. **DOI:** 10.1016/j.iccn.2013.02.001
- Chamberlain, D. (2006). The experience of surviving traumatic brain injury. *Journal of Advanced Nursing*, 54(4). 407-417. **DOI:** 10.1111/j.1365-2648.2006.03840.x
- Chlan, L. (2016). Engaging critically ill patients in symptom management: thinking outside the box! *American Journal of Critical Care*, 25(4). 293-298. **DOI:** 10.4037/ajcc2016671
- Cluckey, L., Weyant, R., Roberts, M. & Henderson, A. (2014). Discovery of unexpected pain in intubated and sedated patients. *American Journal of Critical Care*, 23(3). **DOI:** 10.4037/ajcc2014943
- Combes, A., Brodie, D., Bartlett, R., Brochard, L., Brower, R., Conrad, S. ... Vuylsteke, A. (2014). Position Paper for the Organization of Extracorporeal Membrane Oxygenation Programs for Acute Respiratory Failure in Adult Patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 190(5). 488–496. **DOI:** 10.1164/rccm.201404-0630CP

- Davidson, C., Banham, S., Elliott, M., Kennedy, D., Gelder, C., Glossop, A. ... Church, C. (2016). BTS/ICS Guidelines for the Ventilatory Management of Acute Hypercapnic Respiratory Failure in Adults. *Journal of the British Thoracic Society*.
- Direção-Geral da Saúde. (2003). Cuidados Intensivos: Recomendações Para O Seu Desenvolvimento. *Direção-Geral Da Saúde*. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). Norma n.º 029/2012 atualizada a 31/10/2013. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde. (2015a). Feixe de Intervenções de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0222015-de-16122015-pdf1.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde. (2015b). Norma n.º 002/2015. Sistemas de Triage dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022015-de-06032015-pdf.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma n.º 015/2017. Via Verde do Acidente Vascular Cerebral no Adulto. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/...e.../norma-n-0152017-de-13072017-pdf.aspx>
- Direção-Geral do Ensino Superior. (2008). Descritores de Dublin. Disponível em <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/>
- Dunn, H., Anderson, A. & Hill, P. (2010). Nighttime Lighting in Intensive Care Units. *Critical Care Nurse*, 30(3). DOI: 10.4037/ccn2010342
- Eckerblad, J., Eriksson, H., Kärner, A. & Edéll-Gustafsson, U. (2009). Nurses' conceptions of facilitative strategies of weaning patients from mechanical ventilation - A phenomenographic study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 25. 225-232. DOI: 10.1016/j.iccn.2009.06.008



- Egerod, I. & Bagger, C. (2010). Patients' experiences of intensive care diaries – A focus group study. *Intensive Critical Care Nursing*, 5. 278-287. **DOI:** 10.1016/j.iccn.2010.07.002
- Extracorporeal Life Support Organization. (2013). *General Guidelines for all ECLS Cases*. Version 1.3. Disponível em <https://www.elso.org/Portals/0/IGD/Archive/FileManager/929122ae88cusersshyerddocumentselsoguidelinesgeneralalleclsversion1.3.pdf>
- Engström, A., Nyström, N., Sundelin, G. & Rattray, J. (2013). People's experiences of being mechanically ventilated in an ICU: A qualitative study. *Intensive Critical Care Nursing*, 29(2). 88-95. **DOI:** 10.1016/j.iccn.2012.07.003
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). *Objectivos e competências do CMEPSC*. Lisboa. Disponível em: <http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/64523D0EC>
- Esteban, A., Anzueto, A., Alía, I., Gordo, F., Apezteguía, C., Pálizas, F. ... Tobin, M. J. (2000). How Is Mechanical Ventilation Employed in the Intensive Care Unit? *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 161(5). 1450–1458. **DOI:** 10.1164/ajrccm.161.5.9902018
- European Centre Disease Prevention and Control (2011). Annual epidemiological report-Reporting on 2009 surveillance data and 2010 epidemic intelligence data. Stockholm. Disponível em [http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1111\\_SUR\\_Annual\\_Epidemiological\\_Report\\_on\\_Communicable\\_Diseases\\_in\\_Europe.pdf](http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1111_SUR_Annual_Epidemiological_Report_on_Communicable_Diseases_in_Europe.pdf)
- Farley K., Eastwood, G. & Bellomo, R. (2016). A feasibility study of functional status and follow-up clinic preference of patients at high risk of post intensive care syndrome. *Anaesthesia and Intensive Care*, 44(3). 413-419.
- Fernandes, J. & Vareta, D. (2018). *Enfermagem de Prática Avançada*. Lisboa: Bubok Publishing.
- Ferreira, P. (1998). A medição do estado de saúde: criação da versão portuguesa do MOS SF-36. *Researchgate*.
- Ferreira, P., Ferreira, L. & Pereira, L. (2013). Contributos para a Validação da Versão Portuguesa do EQ-5D. *Acta Médica Portuguesa*, 26(6). 664-675.
- Ferrito, C., Ruivo, M., Nunes, L. & Estudantes do 7º CLE. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15. 1-37.

- Fink, R., Makic, M., Poteet, A. & Oman, K. (2015). The Ventilated Patient's Experience. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 35(5). 301-308. **DOI:** 10.1097/DCC.0000000000000128
- Gerber, A., Thevoz, A. & Ramelet A. (2014). Expert clinical reasoning and pain assessment in mechanically ventilated patients: A descriptive study. *Australian Critical Care*, 28. 2–8. **DOI:** 10.1016/j.aucc.2014.06.002
- Girard, T., Kress, J., Fuchs, B., Thomason, J., Schweickert, W., Pun, B. ... Ely, E. (2008). Efficacy and safety of a paired sedation and ventilator weaning protocol for mechanically ventilated patients in intensive care (Awakening and Breathing Controlled trial): a randomised controlled trial. *Lancet*, 371. 126–134. **DOI:** 10.1016/S0140-6736(08)60105-1
- Granja, C., Lopes, A., Moreira, S., Dias, C., Costa-Pereira, A., Carneiro, A. & JMIP study group. (2005). Patient's recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life. *Critical Care*, 9(2). R96–R109. **DOI:** 10.1186/cc3026
- Griffiths, R. & Jones, C. (2011). Seven lessons from 20 years of follow-up of intensive care unit survivors. *Current Opinion in Critical Care*, 13. 508–513. **DOI:** 10.1097/MCC.0b013e3282efae05
- Guttormson, J., Bremer, K. & Jones, R. (2015). "Not being able to talk was horrid": A descriptive, correlational study of communication during mechanical ventilation. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31. 179-186. **DOI:** 10.1016/j.iccn.2014.10.007
- Henderson, V. (2007). *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE*. (1ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Hofhuis, J., Spronk, P., Stel, H., Schrijvers, A., Rommes, J. & Bakker, J. (2008). Experiences of critically ill patients in the ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24. 300-313. **DOI:** 10.1016/j.iccn.2008.03.004
- Holm, A. & Dreyer, P. (2015). Intensive care unit patients' experience of being conscious during endotracheal intubation and mechanical ventilation. *British Association of Critical Care Nurses*, 22(2). **DOI:** 10.1111/nicc.12200
- Hu, R., Jiang, X., Zeng, Y., Chen, X. & Zhang, Y. (2010). Effect of earplugs and eye masks on nocturnal sleep, melatonin and cortisol in a simulated intensive care unit environment. *Critical Care*, 14(2). **DOI:** 10.1186/cc8965

- Hutchison, R. (2007). Challenges in acute post-operative pain management. *Amer. Journal of Health-System Pharmacy*, 64(4). 2-5. **DOI:** 10.2146/ajhp060679
- Johnson, K., Curry, V., Steubing, A., Diana, S., McCray, A., McFarren, A. & Domb, A. (2016). A non-pharmacologic approach to decrease restraint use. *Intensive and Critical Care Nursing*, 34. 20-27. **DOI:** 10.1016/j.iccn.2015.08.004
- Junior, A., Neto, R., Figueiredo, W. & Park, M. (2008). Validity, reliability and applicability of Portuguese versions of sedation-agitation scales among critically ill patients. *São Paulo Medical Journal*, 126(4). 215-219. **DOI:** 10.1590/S1516-31802008000400003
- Karlsson, V., Forsberg, A. & Bergbom, I. (2012). Communication when patients are conscious during respirator treatment – A hermeneutic observation study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 28. 197–207. **DOI:** 10.1016/j.iccn.2011.12.007
- Karlsson, V., Lindahl, B. & Bergbom, I. (2012). Patient's statements and experiences concerning mechanical ventilation: a prospective video-recorded study. *Nursing Inquiry*, 19(3). 247–258. **DOI:** 10.1111/j.1440-1800.2011.00576.x
- Kelleher, S. (2006). Providing patient-centred care in an intensive care unit. *Nursing Standard*, 21(13). 35-40. **DOI:** 10.7748/ns2006.12.21.13.35.c6388
- Khalafi, A., Elahi, N. & Ahmadi, F. (2016). Continuous care and patients' basic needs during weaning from mechanical ventilation: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 37. 37-45. **DOI:** 10.1016/j.iccn.2016.05.005
- Kollef, M., Chastre, J., Fagon, Y., François, B., Niederman, M., Rello, J. ... Rehm, C. (2014). Global Prospective Epidemiologic and Surveillance Study of Ventilator-Associated Pneumonia due to *Pseudomonas aeruginosa*. *Critical Care Medicine*, 42(10). 2178–2187.
- Langhan, M. L., Ching, K., Northrup, V., Alletag, M., Kadia, P., Santucci, K. & Chen, L. (2011). A randomized controlled trial of capnography in the correction of simulated endotracheal tube dislodgement. *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 18(6) 590–596. **DOI:** 10.1111/j.1553-2712.2011.01090.x
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a Competência dos Profissionais*. (3ª Ed.). Porto Alegre: Artemed.

- Le, A., Friese, R., Hsu, C., Wynne, J., Rhee, P. & O'Keeffe, T. (2012). Sleep disruptions and nocturnal nursing interactions in the intensive care unit. *Journal of Surgical Research*, 177. 310-314. **DOI:** 10.1016/j.jss.2012.05.038
- Lee, C., Lee, C., Hsu, M., Lai, C. Sung, Y. Lin, C. & Lin, L. (2014). Effects of Music Intervention on State Anxiety and Physiological Indices in Patients Undergoing Mechanical Ventilation in the Intensive Care Unit: A Randomized Controlled Trial. *Biological Research for Nursing*, 19(2). 137-44. **DOI:** 10.1177/1099800416669601
- Löf, L., Berggren, L. & Ahlström, G. (2008). ICU patients' recall of emotional reactions in the trajectory from falling critically ill to hospital discharge: follow-ups after 3 and 12 months. *Intensive Critical Care Nursing*, 24(2). 108-121. **DOI:** 10.1016/j.iccn.2007.08.001
- Ludin, S., Arbon, P. & Parker, S. (2013). Patient's transition in the Intensive Care Units: Concept analysis. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29. 187-192 **DOI:** 10.1016/j.iccn.2013.02.001
- Maruiti, M., Galdeano, L. & Farah, O. (2008). Ansiedade e depressão em familiares de pacientes internados. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(4). 636-642.
- McCormack, B. & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5). 472-479. **DOI:** 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x
- McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N. & Wilson, V. (2015). Person-centredness – the “state” of the art. *International Practice Development Journal*, 5. 1–16.
- Mehta, A., Syeda, S., Wiener, R. & Walkey, A. (2015). Epidemiological trends in invasive mechanical ventilation in the United States: A population-based study. *Journal of Critical Care*, 30. 1217–1221. **DOI:** 10.1016/j.jcrc.2015.07.007
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range And Situation Specific Theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company: New York.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing: development and progress*. (5<sup>a</sup> ed.) Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E-O., Messias, D. & Schumaler, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1). 12–28.

- Melo, E., Teixeira, C., Oliveira, R., Almeida, D., Veras, J., Frota, N. & Studart, R. (2014). Cuidados de enfermagem ao utente sob ventilação mecânica internado em unidade de terapia intensiva. *Revista Referência*, IV Serie, 1 DOI: 10.12707/RIII1316
- Meriläinen, M., Kyngäs, H. & Ala-Kokko, T. (2013). Patients' interactions in an intensive care unit and their memories of intensive care: A mixed method study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29. 78-87 DOI: 10.1016/j.iccn.2012.05.003
- Metnitz, P., Metnitz, B., Moreno, R., Bauer, P., Sorbo, L., Hoermann, C. ... Ranieri, V. (2009). Epidemiology of Mechanical Ventilation: Analysis of the SAPS 3 Database. *Intensive Care Med.*, 35. 816–825. DOI: 10.1007/s00134-009-1450-3
- Ministério da Saúde. Portaria n.º 82/2014. **D. R. I Série**. 71 (10-04-2014). 2364–2366. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/25343991>
- Nilsen, M., Sereika, S., Hoffman, L., Barnato, A., Donovan, H. & Happ, M. (2014). Nurse and Patient Interaction Behaviors Effects on Nursing Care Quality for Mechanically Ventilated, Older Adults in the ICU. *Research in Gerontological Nursing*, 7(3). 113–125. DOI: 10.3928/19404921-20140127-02
- Nunes, L. (2010). Do perito e do conhecimento em enfermagem: uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem. *Percursos*, 17.
- Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Grafinter. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em enfermagem: tomada de posição*. Lisboa. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao\\_26abr2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao_26abr2006.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rmde\\_indicadores-vfout2007.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rmde_indicadores-vfout2007.pdf)

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pinto, F. (2011). *Sedação e Analgesia em Unidades de Cuidados Intensivos em Portugal – resultados de um inquérito nacional*. Artigo de Investigação. Mestrado Integrado em Medicina. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.
- Pinto, V. (2014). *Coma – Provocar a consciência*. Loures: Lusodidata.
- Prime, D., Arkless, P., Fine, J., Winter, S., Wakefield, D. & Scatena, R. (2016). Patient experiences during awake mechanical ventilation. *Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives*, 6. 1-6. **DOI:** 10.3402/jchimp.v6.30426
- Regulamento n.º 122/2011. **D.R. II Série**. 35 (18-02-2011). 8648-8653. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.
- Regulamento n.º 124/2011. **D.R. II Série**. 35 (18-02-2011). 8656-8657. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.
- Reis, L., Bento, L., Bento, E., Encarnação, R., Lourenço, S., Rego, O. ... Lourenço, S. (2016). Consulta de follow-up. In *II Workshop – Urgência Geral e Cuidados Intensivos*, Lisboa, fevereiro 2016. Centro Hospitalar Lisboa Central.
- Rhoades, C., Holleran, R., Carpenter, L. & Colin, G. (2011). Tratamento de Doentes em Estado crítico, na Urgência. In *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática* (6ª ed.) 230–251. Loures: Lusociência.
- Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R. & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychological Health Medicine*, 12(2). 225-235. **DOI:** 10.1080/13548500500524088
- Rose, L., Dale, C., Smith, O., Burry, L., Enright, G., Fergusson, D. ... Mehta, S. (2016). A mixed-methods systematic review protocol to examine the use of physical restraint with critically ill adults and strategies for minimizing their use. *Systematic Reviews*, 5(194). 1-8. **DOI:** 10.1186/s13643-016-0372-8
- Rose, L., Istanboulian, L., Allum, L., Burry, L., Dale, C., Hart, N. ... Kydonaki, C. (2017). Patient and family-centered performance measures focused on actionable processes of care for persistent and chronic critical illness: protocol

for a systematic review. *Systematic Reviews*, 6(84). **DOI:** 10.1186/s13643-017-0476-9

Sá, F., Botelho, M. & Henriques, M. (2015). Cuidar a Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(1). 31-45.

Saadatmand, V., Rejeh N., Heravi-Karimooi, M., Tadrissi, S., Vaismoradi, M. & Jordan, S. (2014). Effects of Natural Sounds on Pain: A Randomized Controlled Trial with Patients Receiving Mechanical Ventilation Support. *Pain Management Nursing*, 16(4). 483-492. **DOI:** 10.1016/j.pmn.2014.09.006

Saadatmand, V., Rejeh N., Heravi-Karimooi, M., Tadrissi, S., Zayeri, F., Vaismoradi, M. & Jasper, M. (2012). Effect of nature-based sounds' intervention on agitation, anxiety, and stress in patients under mechanical ventilator support: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 50. 895–904. **DOI:** 10.1016/j.ijnurstu.2012.11.018

Samuelson, K., Lundberg, D. & Fridlund, B. (2007). Stressful experiences in relation to depth of sedation in mechanically ventilated patients. *Nursing in Critical Care*, 12(2). 93-104. **DOI:** 10.1111/j.1478-5153.2006.00199.x

Silva, A. (2007). “Enfermagem Avançada”: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55(1). 11-20.

Souza, M., Dias, M. & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 8. 102-106. **DOI:** 10.1590/s1679-45082010rw1134

Sutari, M., Abdalrahim, M., Hamdan-Mansour, A. & Ayasrah S. (2014). Pain among mechanically ventilated patients in critical care units. *Journal of Research in Medical Sciences*, 19. 726-732.

Svenningsen, H., Langhorn, L., Ågård, A. & Dreyer, P. (2015). Post-ICU Symptoms, Consequences, and Follow-Up: An Integrative Review. *Nursing in Critical Care*, 22(4). 212-220. **DOI:** 10.1111/nicc.12165

Tubau, J. & Alibés, E. (2011). Princípios de Ética Biomédica, de Tom L. Beauchamp y James F. Childress. *Bioética & Debat*, 17(64). 1-7. Disponível em: file:///C:/Users/aa/Downloads/257098-346256-1-PB%20(1).pdf

Walker, N. & Gillen, P. (2006). Investigating nurses' perceptions of their role in managing sedation in intensive care: An exploratory study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22. 338-345. **DOI:** 10.1016/j.iccn.2006.03.008

- Warlan, H. & Howland, L. (2015). Posttraumatic Stress Syndrome Associated With Stays in the Intensive Care Unit: Importance of Nurses' Involvement. *Critical Care Nurse*, 35(3). 44-54. **DOI:** 10.4037/ccn2015758
- Wenham, T. & Pittard, A. (2009). Intensive care unit environment. *Anaesthesia, Critical Care & Pain*, 9(6). 178-183. **DOI:** 10.1093/bjaceaccp/mkp036



**ANEXOS**



Anexo I - Escalas utilizadas na consulta de *follow-up*

# Consulta

SF-36

Nome

Data

1. Em geral diria que as sua saúde é:

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado de saúde actual?

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

- a. Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos
- b. Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa
- c. Levantar ou pegar nas compras da mercearia
- d. Subir vários lanços de escadas
- e. Subir um lanço de escadas
- f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se
- g. Andar mais de 1 km
- h. Andar várias centenas de metros
- i. Andar uma centena de metros
- j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

- a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou outras actividades
- b. Fez menos do que queria
- c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades
- d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-

- a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou outras actividades

b. Fez menos do que queria	
c. Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume	
6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?	
7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?	
8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?	
9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas. Quanto tempo	
a. se sentiu cheio/a de vitalidade?	
b. Se sentiu muito nervoso/a?	
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	
e. Se sentiu com muita energia?	
f. Se sentiu deprimido/a?	
g. Se sentiu estafado/a?	
h. Se sentiu feliz?	
i. Se sentiu cansado?	
10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?	
11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.	
a. Parece que adoeço mais facilmente do que os outros	
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	
d. A minha saúde é óptima	

## Consulta

EQ-5D

--

\_\_\_\_\_

--

## Consulta

### Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Nome

Data

1. Sinto-me tenso ou contraído:
2. Continuo a ter prazer nas mesmas coisas de antes:
3. Tenho uma sensação de medo como se algo de terrível estivesse para acontecer:
4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das situações:
5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:
6. Sinto-me bem disposto:
7. Sou capaz de estar à vontade e sentir-me relaxado:
8. Sinto-me lento:
9. Por vezes dico tão assustado que até sinto um aperto no estômago:
10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto:
11. Sinto-me impaciente e não consigo estar parado:
12. Penso com prazer nas coisas futuras:
13. Tenho sensações súbitas de pânico:
14. Sinto-me capaz de apreciar um bom livro ou um bom programa de rádio ou televisão:

Total A:

Total D:

# Consulta

## Post-Traumatic Stress Disorder Checklist (PCL-C)

Nome

Data

1. Memória, pensamentos e imagens repetitivos e perturbantes referentes ao motivo de internamento e/ou experiência vivida na UUM?
2. Sonhos repetitivos e perturbadores referentes ao motivo de internamento e/ou experiência vivida na UUM?
3. De repente, agir ou sentir como se o motivo de internamento e/ou experiência na UUM estivesse novamente a acontecer
4. Sentir-se muito chateado ou preocupado quando alguma coisa o recorda do motivo de internamento e/ou experiência vivida na UUM
5. Sentir sintomas físicos (por exemplo taquicardia, dificuldade em respirar, suores) quando alguma coisa o faz recordar do motivo de internamento e/ou experiência vivida na UUM
6. Evitar pensar ou falar sobre o motivo de internamento e/ou experiência vivida na UUM, ou evitar sentimentos relacionados a esta experiência
7. Evitar actividades ou situações porque elas lhe lembram o motivo de internamento e/ou experiência vivida na UUM
8. Dificuldades para lembrar-se de partes importantes do motivo de internamento e/ou experiência vivida na UUM
9. Perda de interesse nas actividades de que você antes costumava gostar
10. Sentir-se distante ou afastado das outras pessoas
11. Sentir-se emocionalmente entorpecido ou incapaz de sentimentos amorosos pelas pessoas que lhe são próximas
12. Sentir como se você não tivesse expectativas para o futuro
13. Ter dificuldade em adormecer ou acordar frequentemente
14. Sentir-se irritável ou ter explosões de raiva
15. Ter dificuldade para se concentrar
16. Estar "superalerta", vigilante ou "em guarda"
17. Sentir-se tenso ou facilmente sobressaltado

Total:



## Consulta

### Instrumento de Avaliação das Experiências Vividas na UUM

Nome

Data

1. Lembra-se do internamento na UCI?

2. Como descreve o ambiente na UCI

3. A confiança nos médicos era:

4. A confiança nos enfermeiros era:

5. Como classifica o seu sono durante o internamento na UCI

6. Já tinha estado internado nesta ou noutra UCI?

7. Já retomou a actividade que tinha antes do internamento?

8. Em relação ao que era antes de estar na UCI, a sua qualidade de vida aos 6 meses após a alta da UCI:

9. De acordo com a sua percepção, indique como qualifica a sua qualidade de vida:

10. Em relação ao que presenciou e sentiu na UCI:

11. Como se lembra da sua estadia na UUM, no que se refere aos acontecimentos que vivenciou:

a. Ouvir a passagem dos enfermeiros

b. Das picadas com agulhas

c. Da aspiração do tubo traqueal

d. Do tubo do nariz

e. Dos drenos

f. Do tubo da bexiga

g. Do barulho dos aparelhos e apitos

h. Das dores

i. Da imobilização no leito

j. Da música

k. Dos comentários e ditos dos médicos e enfermeiros

l. Da utilização de fralda

m. Das noites barulhentas e mal dormidas

n. Da dependência das máquinas	
o. Da dependência dos médicos e dos enfermeiros	
p. Da falta de provacidade	
q. Da dificuldade em comunicar	
r. Da sensação de sede	
s. Do brilho das luzes artificiais	
t. Da incerteza do futuro, medo de morrer	
u. Do desconforto geral	
v. Do medo de ser desligado do ventilador	
w. Visita médica junto à cama	
x. Medo dos procedimentos médicos	
y. Perda de noção do tempo	
z. Preocupações com a família	
aa. Preocupações económicas	
ab. Outros	
ab. quais	

**12. Durante o internamento teve muitos:**

a. Sonhos	
b. Pesadelos	

**13. No que se refere à sua situação actual:**

a. lembra-se frequentemente desses sonhos?	
b. Acha que os sonhos lhe perturbam o seu dia-a-dia?	
c. Tem dificuldade em adormecer?	
d. Tem dificuldade em se concentrar nas suas actividades diárias?	
e. Tem dificuldade em se lembrar de acontecimentos recentes?	

**14. Habilitações literárias/académicas:**

--

Anexo II - Comprovativo de apresentação de póster no congresso “Doente Crítico  
2017”



# DOENTE CRÍTICO '17

4º ENCONTRO DE ENFERMAGEM DE EMERGÊNCIA  
19ª JORNADAS DE ENFERMAGEM DE CUIDADOS INTENSIVOS  
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS



A Associação Portuguesa de Enfermeiros certifica que

**Diana Vareta**

foi autora e apresentou o poster com o título:

“O despertar da pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva em cuidados intensivos: uma intervenção especializada de enfermagem”

no evento “Doente Crítico 2017”,  
realizado a 20 e 21 de Outubro no auditório da  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O Presidente da APE

( Enfº João Fernandes )



## **APÊNDICES**





## Apêndice I - Protocolo da revisão integrativa da literatura

## PROTOCOLO DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

**Revisor:** Diana Vareta e Jorge Ferreira

**Instituição onde é conduzida a revisão:** Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

**Tema:** O despertar da pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva em cuidados intensivos: intervenção especializada de enfermagem.

**Objetivo:** Esta revisão tem como objetivo procurar, sintetizar e analisar conhecimento científico sobre a intervenção de enfermagem inerente ao despertar da pessoa em situação crítica submetida a ventilação mecânica invasiva, em contexto de cuidados intensivos.

**Questão:** Quais as intervenções de enfermagem facilitadoras do despertar da pessoa em situação crítica sob ventilação mecânica invasiva, em contexto de cuidados intensivos?

**Palavras-chave:** intervenções de enfermagem, ventilação mecânica, despertar, unidade de cuidados intensivos.

### ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A presente revisão integrativa da literatura (RIL) procura identificar as intervenções de enfermagem facilitadoras do processo de transição inerente ao despertar da pessoa em situação crítica (PSC) submetida a ventilação mecânica invasiva (VMI).

A PSC caracteriza-se por estar em risco de disfunção ou falência de órgãos ou sistemas, sendo necessário recorrer a meios avançados de monitorização e terapêutica para assegurar a sua estabilidade fisiológica e consequente sobrevivência (Benner, Kyriakidis & Stannard, 2011; Rhoades, Holleran, Carpenter & Colin, 2011). Mais de 50% das PSC requerem suporte respiratório com VMI (Metnitz et al., 2009), sendo um pilar fundamental do seu tratamento (Khalafi, Elahi & Ahmadi, 2016).

Dados europeus relativos a 2009, indicam que 91% das pessoas internadas em UCI são submetidas a VMI pelo menos durante 48 horas (European Centre Disease Prevention and Control [ECDC], 2011), sendo esta a população e o contexto específico a que se dirige a pesquisa.

Embora seja uma intervenção que objetiva a sobrevivência, a pessoa submetida a VMI está sujeita a inúmeros riscos e complicações, podendo experimentar uma degradação significativa do seu estado de saúde a longo prazo, com um potencial funcional substancialmente reduzido (Khalafi et al., 2016; Mehta, Syeda, Wiener & Walkey, 2015). Por outro lado, a taxa de recuperação significativa da PSC sob VMI tem vindo a aumentar, sendo fundamental a preocupação com o impacto de intervenções *lifesaving* tanto a nível físico como psicológico, pois vão influenciar o seu processo de recuperação (Warlan & Howland, 2015).

Vários estudos sobre a experiência da PSC sob VMI revelam que esta enfrenta momentos de instabilidade e vulnerabilidade, elevado risco de vida e total dependência de cuidados, estando sujeita a uma experiência complexa e transformadora (Engström, Nystrom, Sundelin & Rattray, 2013; Fink, Makic, Poteet & Oman, 2015; Karlsson, Lindahl & Bergbom, 2012).

Segundo Hofhuis et al. (2008) 11% das PSC internadas em unidade de cuidados intensivos (UCI) desenvolvem insónia, alteração da concentração, depressão e alucinações. Engström et al. (2013) fazem referência a relatos de mudanças profundas na vida e na personalidade, e a sentimentos de impotência e ansiedade.

O internamento em UCI e a necessidade de VMI são fatores de risco para complicações a longo prazo, como o síndrome de stress pós traumático, que afeta entre 9 a 27% das pessoas internadas (Warlan & Howland, 2015). Está diretamente relacionado com a obtenção de resultados físicos e psicológicos negativos e com a diminuição da qualidade de vida pós internamento (Warlan & Howland, 2015). A duração do suporte ventilatório é também identificado como um fator que altera a forma como o internamento é percebido pela pessoa (Engström et al., 2013).

A experiência vivida afeta de forma única cada pessoa, sendo percebida quando recupera a consciência e se depara com a nova realidade (Sá, Botelho & Henriques, 2015). Warlan e Howland (2015) referem que a perceção da pessoa acerca da sua experiência de internamento em UCI pode contribuir mais, que o

tempo de internamento ou a gravidade da situação de saúde, para o aparecimento de complicações.

O enfermeiro especialista tem uma intervenção fundamental na redução de complicações associadas ao internamento em UCI, identificando e advogando por intervenções que reduzam os fatores de risco modificáveis a que a PSC sob VMI está sujeita (Warlan & Howland, 2015). A intervenção de enfermagem deve assim, minimizar o impacto de fatores de risco, antecipar focos de instabilidade e desenvolver com a pessoa e família estratégias para vivenciar a experiência de internamento da melhor forma (Samuelson, Lundberg & Fridlund, 2007).

A gestão de cuidados inibindo o impacto negativo de fatores de risco na recuperação da PSC é ainda um desafio, sendo necessário definir estratégias de cuidados inovadoras e individualizadas (Chlan, 2016). A intervenção de enfermagem deve centrar-se na unicidade de cada pessoa e acompanhar o percurso de tratamento e recuperação que esta enfrenta.

Este percurso constitui uma alteração no estado de saúde-doença da pessoa, que desencadeia por si só um processo de transição.

É designada por transição a passagem de uma condição para outra, o período em que a pessoa atravessa uma mudança e encara novas exigências na vida (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumaler, 2000). A PSC enfrenta inúmeras transições ao longo do processo de cuidados durante o internamento em UCI (Chaboyer, Kendall & James, 2005), sendo que “as transições são caracterizadas por diferentes estádios dinâmicos, marcos e pontos de viragem” (Meleis, 2010, p.11) e desencadeadas por eventos críticos e mudanças na pessoa ou ambiente.

O despertar constitui um marco no processo de transição, estabelecendo o início da perceção da mudança e do confronto com a realidade.

A enfermagem assume uma ação determinante no desenvolvimento de estratégias de preparação, para antecipar transições inesperadas, e de adaptação, para lidar com as que estão em curso (Meleis, 2010).

Uma gestão adequada dos cuidados na fase aguda de doença crítica pode aumentar a possibilidade de sobrevivência, mas não garante a recuperação completa (Hutchison, 2007). Assim, a intervenção com a PSC no processo de transição saúde-doença é um aspeto vital para a recuperação.

Uma intervenção de enfermagem facilitadora do processo de transição implica a percepção da complexidade da pessoa e um agir sustentado em evidência, sendo este um dos valores fundamentais da prática de enfermagem (Chamberlain, 2006). Deste modo, é fundamental identificar quais as intervenções de enfermagem que podem facilitar o processo de transição inerente ao despertar da PSC sob VMI, questão central desta revisão.

Previamente à sua realização foi efetuada uma pesquisa na base de dados *Joanna Briggs Institute Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, tendo constatado não existir nenhuma publicação com esta temática.

## **PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

A presente RIL foi elaborada com base nas orientações do *Joanna Briggs Institute for Evidence Based Practice* (The Joanna Briggs Institute [JBI], 2014) e a questão de investigação que norteou a pesquisa, foi estruturada no formato PICO:

Quais as intervenções de enfermagem (I) facilitadoras do processo de despertar (I) da pessoa adulta sob VMI (P), em contexto de cuidados intensivos (C)?

Assim, a população alvo da pesquisa é a PSC sob VMI, a intervenção investigada, a intervenção de enfermagem no despertar e o contexto específico, a unidade de cuidados intensivos.

P - PSC sob VMI

I - Intervenção de enfermagem no despertar

Co - UCI

## **CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

**Participantes:** PSC com idade superior ou igual a 18 anos, submetida a VMI.

### **Justificação:**

- Cuidados de enfermagem pediátricos em UCI exigem conhecimentos e competências de enfermagem específicas, devido à sua especificidade e complexidade (Cavalcante, Brunori, Lopes, Herdman & Silva, 2014).
- 91% das pessoas internadas em UCI são submetidas a VMI (ECDC, 2011) e a pessoa submetida a VMI experiencia instabilidade, vulnerabilidade e stress que condicionam a sua recuperação (Chlan, 2016; Samuelson et al., 2007).

**Intervenção:** Estudos que refiram estratégias de intervenção no despertar da PSC.

**Justificação:**

- Identificar novas abordagens para gerir a experiência vivida pela PSC sob VMI é uma necessidade da pessoa e um desafio para os profissionais de saúde (Chlan, 2016).
- É fundamental aprofundar conhecimentos acerca da intervenção de enfermagem na preparação para eventos de transição saúde-doença (Ludin et al., 2013), como o despertar.

**Contexto:** Estudos desenvolvidos em contexto de cuidados intensivos.

**Justificação:**

- Em UCI o ambiente é potencialmente hostil para a PSC, estando associado a fatores desencadeadores de stress (Wenham & Pittard, 2009).
- 91% das pessoas internadas em UCI são submetidas a VMI (ECDC, 2011).

**Tipo de estudos:** Foram considerados para revisão todos os tipos de estudos, publicados ou não publicados, realizados a partir do ano 2012, inclusive.

**Justificação:** Obter a melhor evidência disponível acerca da temática em estudo.

O idioma do documento não será utilizado como critério de exclusão, com a noção da eventual necessidade de tradução para língua portuguesa.

## **CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

Todos os documentos que não cumpram os critérios de inclusão referidos anteriormente e que não tenham qualidade metodológica, após a aplicação do instrumento de avaliação *Critical Appraisal Tools* do JBI.

## **ESTRATÉGIA DE PESQUISA**

Foi realizada uma pesquisa inicial sobre o tema no motor de busca *ESBCOhost* Web integrando as bases de dados CINAHL e MEDLINE, analisadas as palavras contidas no título, resumo e palavras-chave dos artigos, e identificados os termos utilizados para descrever os artigos. Dos termos identificados, foram selecionados

os que se adequavam ao âmbito da pesquisa e identificados os termos indexados correspondentes.

Uma segunda pesquisa, com base nas palavras-chave e termos indexados identificados, foi realizada nas bases de dados CINAHL e MEDLINE individualmente, tendo sido obtido um total de 130 e 80 resultados, respetivamente. Os termos de pesquisa utilizados encontram-se descritos no Apêndice I.

## **RESULTADOS**

Na seleção de resultados foram incluídos limitadores de pesquisa tendo em conta os critérios de inclusão, nomeadamente o ano de publicação (superior a 2012) e o tipo de participantes (adultos). Assim, na base de dados CINAHL foi obtido um total de 130 artigos e na MEDLINE 80 artigos. Foram eliminados os estudos duplicados e realizada a leitura de todos os títulos e resumos com o objetivo de rejeitar aqueles que não respondem aos critérios de inclusão. Seguiu-se a seleção de documentos através da leitura integral dos mesmos e a construção do diagrama *Prisma Flow*, representativo deste processo e apresentado em Apêndice II. A pesquisa decorreu durante o mês de julho de 2017.

O último critério de inclusão dos artigos foi a avaliação da qualidade metodológica do artigo, pelo que foi utilizado o instrumento *Critical Appraisal Tools* do JBI para cada tipo de estudo.

A síntese e apresentação de resultados foi realizada através da elaboração de um instrumento que integra os parâmetros: características do estudo (autor, ano, título, tipo), características da amostra (participantes), resultados (achados relativos à intervenção de enfermagem), e conclusões ou limitações dos estudos, que pode ser consultado no Apêndice III.

## **CONFLITO DE INTERESSES**

Os revisores referem não existir conflitos de interesses.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Benner, P., Kyriakidis, P. & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care – A Thinking-in-action Approach* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Springer Publishing Company.

- Cavalcante, A., Brunori, E., Lopes, C., Herdman, T. & Silva, A. (2014). Nursing diagnoses and interventions for a child after cardiac surgery in an intensive care unit. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(1). 155-60. **DOI:** 10.1590/0034-7167.2015680121i
- Chaboyer, W., Kendall, E. & James, H. (2005). Transitional Care After the Intensive Care Unit. *Critical Care Nursing*, 25(3). 16–26. **DOI:** 10.1016/j.iccn.2013.02.001
- Chamberlain, D. (2006). The experience of surviving traumatic brain injury. *Journal of Advanced Nursing*, 54(4). 407–417. **DOI:** 10.1111/j.1365-2648.2006.03840.x
- Chlan, L. (2016). Engaging critically ill patients in symptom management: thinking outside the box! *American Journal of Critical Care*, 25(4). 293-298. **DOI:** 10.4037/ajcc2016671
- Engström, A., Nystrom, N. Sundelin, G. & Rattray, J. (2013). People's experiences of being mechanically ventilated in an ICU: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29. 88-95. **DOI:** 10.1016/j.iccn.2012.07.003
- European Centre Disease Prevention and Control (2011). Annual epidemiological report-Reporting on 2009 surveillance data and 2010 epidemic intelligence data. Stockholm. Disponível em [http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1111\\_SUR\\_Annual\\_Epidemiological\\_Report\\_on\\_Communicable\\_Diseases\\_in\\_Europe.pdf](http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1111_SUR_Annual_Epidemiological_Report_on_Communicable_Diseases_in_Europe.pdf)
- Fink, R., Makic, M., Poteet, A. & Oman, K. (2015). The Ventilated Patient's Experience. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 35(5). 301-308 **DOI:** 10.1097/DCC.0000000000000128
- Hofhuis, J., Spronk, P., Stel, H., Schrijvers, A., Rommes, J. & Bakker, J. (2008). Experiences of critically ill patients in the ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24. 300-313. **DOI:** 10.1016/j.iccn.2008.03.004
- Hutchison, R. (2007). Challenges in acute post-operative pain management. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 64(4). 2-5. **DOI:** 10.2146/ajhp060679
- Karlsson, V., Lindahl, B. & Bergbom, I. (2012). Patient's statements and experiences concerning mechanical ventilation: a prospective video-recorded study. *Nursing Inquiry*, 19(3). 247–258. **DOI:** 10.1111/j.1440-1800.2011.00576.x



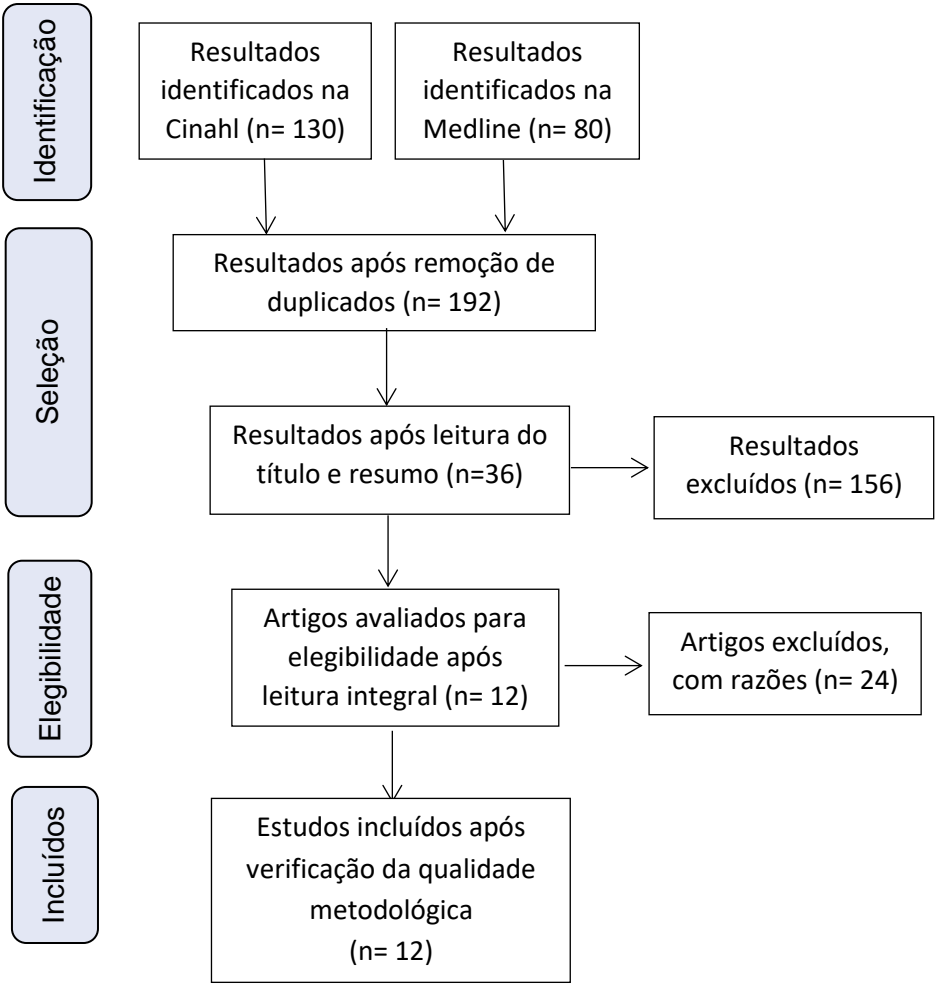
- Khalafi, A., Elahi, N. & Ahmadi, F. (2016). Continuous care and patients' basic needs during weaning from mechanical ventilation: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 37. 37-45. **DOI:** 10.1016/j.iccn.2016.05.005
- Ludin, S., Arbon, P. & Parker, S. (2013). Patient's transition in the Intensive Care Units: Concept analysis. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29. 187-192. **DOI:** 10.1016/j.iccn.2013.02.001
- Mehta, A., Syeda, S., Wiener, R. & Walkey, A. (2015). Epidemiological trends in invasive mechanical ventilation in the United States: A population-based study. *Journal of Critical Care*, 30. 1217–1221. **DOI:** 10.1016/j.jcrrc.2015.07.007
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E-O., Messias, D. & Schumaler, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1). 12–28.
- Meleis, A. (2010). *TRANSITIONS THEORY: Middle Range And Situation Specific Theories*. New York: Springer Publishing Company.
- Metnitz, P., Metnitz, B., Moreno, R., Bauer, P., Sorbo, L., Hoermann, C. ... Ranieri, V. (2009). Epidemiology of Mechanical Ventilation: Analysis of the SAPS 3 Database. *Intensive Care Medicine*, 35. 816–825. **DOI:** 10.1007/s00134-009-1450-3
- Rhoades, C., Holleran, R., Carpenter, L & Colin, G. (2011). Tratamento de Doentes em Estado crítico, na Urgência. In *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática* (6ª ed.) 230–251. Loures: Lusociência.
- Sá, F., Botelho, M. & Henriques, M. (2015). Cuidar da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(1). 31-45.
- Samuelson, K., Lundberg, D. & Fridlund, B. (2007). Stressful experiences in relation to depth of sedation in mechanically ventilated patients. *Nursing in Critical Care*, 12(2). 93-104. **DOI:** 10.1111/j.1478-5153.2006.00199.x
- The Joanna Briggs Institute (2014). *The Joanna Briggs Institute Reviewers Manual 2014 edition*. Australia: The Joanna Briggs Institute.
- Warlan, H. & Howland, L. (2015). Posttraumatic Stress Syndrome Associated With Stays in the Intensive Care Unit: Importance of Nurses' Involvement. *Critical Care Nurse*, 35(3). 44-54. **DOI:** 10.4037/ccn2015758
- Wenham, T. & Pittard, A. (2009). Intensive care unit environment. *Anaesthesia, Critical Care & Pain*, 9(6). 178-183. **DOI:** 10.1093/bjaceaccp/mkp036



**Apêndice I:** Quadro de termos de pesquisa

	Linguagem natural	Linguagem indexada	
		CINAHL	MeSH
<b>P</b> – PSC sob VMI	Critical ill patient	Critical ill patient	
		Critical illness	Critical illness
	Mechanically-ventilated patients	Ventilator Patients	
	Mechanical Ventilation	Mechanical Ventilation	Ventilators, Mechanical
<b>I</b> - Intervenção de enfermagem no despertar	Critical Care Nursing	Critical Care Nursing	Critical Care Nursing
	Nurs* intervention	Nursing intervention	
	Arousal	Arousal	Arousal
<b>Co</b> – Unidade de Cuidados Intensivos	Intensive Care*	Intensive Care Units	Intensive Care Units

**Apêndice II:** Diagrama *PRISMA FLOW*



### Apêndice III: Apresentação dos resultados

Título / Autor / Ano	Características Metodológicas	Nível de Evidência/ Qualidade Metodológica (n/N) <sup>3</sup>	Objetivos	Resultados e Conclusões	Limitações / Recomendações
1 - Critical care nurses management of prolonged weaning: an interview study  (Cederwall, Plos, Rose, Du" beck & Ringdal, 2014)	- Estudo descritivo qualitativo. - Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas a 19 enfermeiros experientes em cuidados intensivos. - Os dados foram analisados com recurso a análise de conteúdo.	5.b	- Explorar a abordagem da equipa de enfermagem na gestão do desmame prolongado da VMI em UCI.	- Os enfermeiros têm um papel fundamental na priorização do desmame e na condução do processo utilizando uma abordagem centrada na pessoa, individualizando e avaliando os seus recursos físicos e emocionais. - Os participantes relataram a necessidade de conhecer a pessoa para promover a utilização dos seus recursos e incentivar a sua colaboração. - É enfatizada a colaboração da equipa multi-profissional no planeamento do desmame.	- Os participantes foram identificados com base em critérios de inclusão. - Seis dos participantes eram conhecidos do primeiro autor o que pode ter influenciado a resposta.
		9/10			
2 - Discovery of unexpected pain in intubated and sedated patients	-Estudo fenomenológico, com 14 doentes sob VMI. - Utilizado um guião de entrevista semi-estruturada.	4	- Explorar as perceções e as memórias da experiência da pessoa com VMI em UCI.	- Muitas das ações realizadas de forma natural pelos enfermeiros, como explicar o que está a acontecer, encorajar a pessoa a respiração de acordo com o ventilador mecânico, proporcionar tranquilidade e falar com voz calma e agradável, são vitais para quem está a receber cuidados.	- Continuar a avaliar a eficácia das práticas, solicitando à pessoa e família a sua perceção contribui para determinar a eficácia

<sup>3</sup> Número de itens (n) avaliados com "sim", sobre o número de itens do instrumento de avaliação utilizado (N).

(Cluckey, Weyant, Roberts & Henderson, 2014)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os dados foram analisados através de método indutivo, consistente com a pesquisa qualitativa.</li> </ul>	8/10		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fornecer informações e orientações antecipadamente é referido como central na interação com pessoas que podem parecer inconscientes.</li> <li>- A sedação pode interferir na avaliação e gestão da dor por mascarar a dor descontrolada e impedir a comunicação dessa condição.</li> </ul>	das intervenções.
3 - People's experiences of being mechanically ventilated in an ICU: A qualitative study  (Engström, Nyström, Sundelin & Rattray, 2013)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudo qualitativo.</li> <li>- Entrevista realizada a uma amostra de 8 doentes que estiveram sob VMI em UCI.</li> <li>- As transcrições das entrevistas foram analisadas através da análise de conteúdo.</li> </ul>	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descrever as experiências das pessoas sob VMI em UCI.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Receber um diário e participar numa visita de acompanhamento à UCI são referidas como medidas favoráveis para a pessoa que esteve sob VMI, pois permite recriar memórias do período de cuidados em falta.</li> <li>- Ser dependente de pessoas e equipamentos para a sobrevivência cria sensações de vulnerabilidade, ansiedade, stress e incerteza sobre a capacidade de respirar .</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesquisas adicionais são necessárias para determinar as necessidades das pessoas sob VMI e melhorar o suporte fornecido.</li> <li>- A pequena dimensão da amostra é uma limitação do estudo.</li> </ul>
		9/10			
4 - The Ventilated Patient's Experience  (Fink, Makic, Poteet & Oman, 2015)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudo de desenho descritivo.</li> <li>- Foram entrevistados 84 doentes internados em UCI e 77 familiares.</li> </ul>	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descrever a experiência da pessoa com VMI em UCI.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A identificação de métodos ideais de comunicação com a pessoa com VMI pode reduzir a angústia e a ansiedade durante a experiência de ventilação mecânica. Deve ser considerado o uso de placas de comunicação ou imagens, incentivar respostas sim/não, usar gestos efetivos e</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- É necessário realizar pesquisa para entender os efeitos das várias estratégias de comunicação nos <i>outcomes</i> de saúde,</li> </ul>

		10/10		<p>incentivar o envolvimento familiar para melhorar a comunicação.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A reorientação relativa ao tempo e espaço e a comunicação frequente durante os períodos de despertar da sedação, podem ter uma influência tranquilizadora e limitar o uso sedação. A gestão de dor eficaz melhora a comunicação evitando complicações como ansiedade, síndrome de stress pós-traumático, delirium, atrofia muscular e aumento do tempo de internamento.</li> <li>- Deve ser considerada a elaboração de diários de internamento para fornecer informação sobre o processo de recuperação.</li> <li>- O cuidado de enfermagem deve ser individualizado, empático e assente numa comunicação eficaz.</li> </ul>	<p>na ansiedade e na satisfação da pessoa e família.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A variabilidade associada ao tempo de entrevista após a extubação pode ter influenciado a memória da pessoa sobre a experiência.</li> <li>- Foi utilizada uma amostra de conveniência que pode ter introduzido viés de seleção.</li> </ul>
<p>5 - Expert clinical reasoning and pain assessment in mechanically ventilated patients: A descriptive study</p> <p>(Gerber, Thevoz &amp; Ramelet, 2014)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudo descritivo observacional.</li> <li>- Amostra de 7 enfermeiros experientes em UCI.</li> <li>- Análise de dados dedutiva completada com análise indutiva de conteúdo.</li> </ul>	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descrever os indicadores que influenciam o raciocínio clínico dos enfermeiros ao avaliar a dor em pessoas sob VMI.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- É recomendado o reconhecimento e controlo da dor no início do processo e a identificação da fonte de dor como essenciais para a sua prevenção e tratamento.</li> <li>- Destacam a importância de informar a pessoa perante uma intervenção considerada potencialmente dolorosa, a sensibilidade e a empatia dos enfermeiros em relação à dor de outro e o controlo com intervenções farmacológicas e não farmacológicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O tamanho da amostra não permite que os resultados sejam generalizados.</li> </ul>
		10/10			

<p>6 - Communication when patients are conscious during respirator treatment – A hermeneutic observation study</p> <p>(Karlsson, Forsberg &amp; Bergbom, 2012)</p>	<p>- Estudo observacional hermenêutico.</p> <p>- Amostra de 19 doentes conscientes sob VMI.</p>	4	<p>- Observar, interpretar e descrever a comunicação dos enfermeiros com pessoas conscientes sob VMI em UCI.</p> <p>- Examinar se a comunicação pode ser interpretada como cuidado de enfermagem.</p>	<p>- A intervenção do enfermeiro é essencial para que a pessoa com VMI se sinta acompanhada e desenvolva uma ligação de proximidade. A noção de proximidade melhora a esperança e a crença na sobrevivência.</p> <p>- Realçam o tom da voz, o comportamento e o desempenho dos cuidados de enfermagem como determinantes no estabelecimento desta ligação.</p>	<p>- A comunicação como cuidado pode aumentar a possível sobrevivência da PSC, reduzir os riscos de complicações e a duração da permanência em UCI.</p> <p>- Outros estudos terão que ser conduzidos para investigar essas questões.</p>
		9/10			
<p>7 - Continuous care and patients' basic needs during weaning from mechanical ventilation: A qualitative study</p> <p>(Khalafi, Elahi &amp; Ahmadi, 2016)</p>	<p>- Estudo qualitativo.</p> <p>- Foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas para colheita de dados e os transcritos foram analisados utilizando análise de conteúdo.</p> <p>- Amostra de 22 enfermeiros e médicos de UCI.</p>	4	<p>- Descrever o processo de cuidados durante o desmame.</p> <p>- Analisar os fatores facilitadores e os obstáculos ao processo de desmame, na perspectiva da equipa médica e de enfermagem da UCI.</p>	<p>- A continuidade dos cuidados de enfermagem durante o processo de desmame deve ser mantida.</p> <p>- É crucial não diminuir a qualidade dos cuidados por fatores extrínsecos à pessoa, como a falta de capacidade de comunicação, de conhecimento e de experiência, e a má organização dos cuidados.</p>	<p>- O pequeno número de participantes não permite a generalização dos resultados.</p> <p>- Dado o caráter qualitativo do estudo, alguns participantes podem ter esquecido alguns aspetos de suas experiências ou não estiveram dispostos a expressar seus verdadeiros sentimentos.</p>
		10/10			



<p>8 - Sleep disruptions and noturnal nursing interactions in the intensive care unit</p> <p>(Le et al., 2012)</p>	<p>- Estudo observacional prospetivo de coorte.</p> <p>- Amostra de 200 doentes sob VMI em UCI.</p>	3.c	<p>- Examinar possíveis interrupções do sono em pessoas sob VMI em UCI secundárias a intervenções de enfermagem.</p>	<p>- O sono é um componente crítico no processo de recuperação da pessoa sob VMI.</p> <p>- Os autores sugerem um ambiente mais propício ao sono mediante a reprogramação dos cuidados, agrupando intervenções para minimizar seu número e alterando o que for possível para o período diurno.</p> <p>- Nem todos os cuidados podem ser eliminados ou reprogramados, mas algumas avaliações noturnas podem ser minimizadas com a utilização de monitorização contínua e deve ser dada atenção à gestão de alarmes, telefones e ruídos relacionados com os profissionais.</p>	<p>- Foi utilizada uma amostra de conveniência o que pode ter introduzido viés nos resultados.</p> <p>- A informação na literatura é limitada na confiabilidade e validade dos questionários sobre o sono no contexto de UCI.</p> <p>- Outros estudos prospetivos são necessários para identificar que práticas podem ser generalizadas.</p>
		8/11			
<p>9 - Effects of Music Intervention on State Anxiety and Physiological Indices in Patients Undergoing Mechanical Ventilation in the Intensive Care Unit: A Randomized Controlled Trial</p> <p>(Lee et al., 2017)</p>	<p>- Ensaio controlado randomizado.</p> <p>- Amostra de 85 doentes sob VMI em UCI.</p>	1.c	<p>- Explorar efeitos da intervenção musical na redução da ansiedade em pessoas sob VMI em UCI.</p>	<p>- É recomendada a utilização de música para reduzir os níveis de ansiedade e stress de pessoas sob VMI em UCI.</p> <p>- Os enfermeiros devem estar despertos para as diversas respostas à música e à duração do efeito. Deve ser questionada a preferência da música junto da pessoa ou família.</p>	<p>- As escolhas musicais foram restritas a quatro categorias, o que limitou a escolha do tipo favorito de música para a intervenção.</p>
		10/13			

<p>10 - Nurse and Patient Interaction Behaviors Effects on Nursing Care Quality for Mechanically Ventilated, Older Adults in the ICU</p> <p>(Nilsen et al., 2014)</p>	<p>- Estudo descritivo correlacional.</p> <p>- Amostra 38 doentes sob VMI e 24 enfermeiros de cuidados intensivos.</p>	4.b	<p>- Descrever comportamentos de interação e fatores que podem afetar a comunicação.</p> <p>- Explorar associações entre comportamentos de interação e indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem em pessoas sob VMI.</p>	<p>- Os resultados fornecem evidência de que o comportamento da equipa de enfermagem influencia a comunicação e podem estar associados à qualidade dos cuidados de enfermagem.</p> <p>- O uso intencional de interações positivas por parte dos enfermeiros, como tocar e sorrir, pode encorajar o envolvimento na comunicação e ajudar a estabelecer uma relação terapêutica e induz um comportamento positivo por parte da PSC.</p>	<p>- Pesquisas futuras devem incluir amostras de maior dimensão, a fim de avaliar outros indicadores de qualidade de cuidados.</p>
		7/8			
<p>11 - Effects of Natural Sounds on Pain: A Randomized Controlled Trial with Patients Receiving Mechanical Ventilation Support</p> <p>(Saadatmant et al., 2014)</p>	<p>- Ensaio clínico controlado.</p> <p>- Amostra de 60 doentes sob VMI.</p>	1.c	<p>- Examinar o efeito de sons da natureza na dor auto-relatada em pessoas sob VMI.</p>	<p>- A musicoterapia com sons da natureza em complementaridade com a intervenção farmacológica proporciona alívio da dor na pessoa a realizar VMI.</p>	<p>- É recomendada a replicação do estudo em outros contextos e populações.</p>
		12/13			

<p>12 - Pain among mechanically ventilated patients in critical care units</p> <p>(Sutari et al., 2014)</p>	<p>- Estudo transversal correlacional.</p> <p>- Amostra de 301 doentes sob VMI.</p>	4.b	<p>- Investigar níveis de dor e os fatores causais de dor associados à VMI durante o repouso e durante as intervenções de enfermagem.</p>	<p>- O tipo de intervenções de enfermagem de rotina foi considerado um dos principais fatores causais de dor.</p> <p>- Os profissionais de saúde devem considerar o tipo de procedimento e intervenção que vão realizar, no planeamento da prevenção e tratamento da dor.</p>	<p>- Muitos elementos da amostra estavam sob sedação o que pode limitar o estudo.</p> <p>- Estudos adicionais são sugeridos para comparar a dor entre pessoas conscientes e inconscientes em VMI, pois podem melhorar a compreensão da experiência de dor entre esses indivíduos.</p>
		7/8			



Apêndice II - Orientações de procedimento: cuidados de enfermagem à pessoa com  
tubo endotraqueal e ventilação mecânica invasiva

# **ORIENTAÇÕES DE PROCEDIMENTO CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM TUBO ENDOTRAQUEAL E VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA**

## **SIGLAS**

AARC - American Association for Respiratory Care

PAV - Pneumonia Associada ao Ventilador

PSC - Pessoa em Situação Crítica

TET - Tubo Endotraqueal

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

## **DEFINIÇÃO**

Procedimento de enfermagem de caráter autónomo e interdependente que consiste em otimizar a ventilação mecânica e minimizar as complicações associadas ao tubo endotraqueal (TET) e à ventilação mecânica invasiva (VMI).

## **OBJETIVOS**

- Definir uma linha orientadora baseada em evidência científica para a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica (PSC) com TET e VMI;
- Evidenciar a importância da monitorização e intervenção do enfermeiro no cuidar da PSC com TET e VMI;
- Uniformizar o procedimento de enfermagem na prestação de cuidados à PSC submetida a entubação endotraqueal e VMI;
- Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à PSC com TET e VMI.

## **ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO**

- Cuidados à pessoa com TET

<b>Intervenção</b>	<b>Justificação</b>
- Realizar a higienização das mãos de acordo com os 5 momentos.	- Previne a infeção associada aos cuidados de saúde (WHO, 2009).

- Usar equipamento de proteção individual (luvas, avental e máscara com viseira).	- Previne a infecção associada aos cuidados de saúde e protege o profissional.
- Selecionar o número do TET adequado para a pessoa.  - Preferir TET com sistema de aspiração subglótica, se previsão de entubação superior a 72 horas.	- Habitualmente entre os números 7 e 8 nas mulheres e 8 e 9 nos homens, sempre adaptado à anatomia da pessoa (Burns, 2014).
- Assegurar a disponibilidade do insuflador manual.  - Testar o aspirador de secreções brônquicas.	- Previne a falha do ventilador mecânico.  - Avalia a operacionalidade do dispositivo de limpeza das vias aéreas.
- Preferir entubação orotraqueal.	- A entubação nasal está associada a infecções sinusais e é um fator de risco para o desenvolvimento de pneumonia associada ao ventilador (PAV) (Burns, 2014; Palos, Nazareth & Bispo, 2013).
- Realizar pré-oxigenação com oxigénio a 15L/min., durante 3 a 5 minutos antes da tentativa de entubação.	- Proporciona uma reserva de oxigénio para a realização do procedimento (Burns, 2014; Palos et al., 2013).
- Marcar a posição do TET na comissura labial.	- Identifica a posição do TET e permite despistar a sua deslocação (Burns, 2014).
- Auscultar os campos pulmonares bilateralmente durante a inspiração e observar simetria da expansão torácica.  - Auscultar a região epigástrica.  - Observar o Rx Tórax.	- Permite avaliar a posição do TET e despistar a ventilação seletiva (Burns, 2014; Palos et al., 2013).  - Despista a entubação fora da traqueia pela ausência de sons na região epigástrica (Burns, 2014).  - Confirma a posição do TET (Burns, 2014).
- Fixar o TET com adesivo e fio de nastro ou dispositivo de fixação específico acima da comissura labial.  - Alternar o local de fixação e o posicionamento do TET diariamente.  - Vigiar a pele.	- Previne a deslocação do TET e a extubação acidental (Burns, 2014, Palos et al., 2013).  - Previne o aparecimento de lesões traumáticas e de úlceras por pressão.  - Monitoriza a integridade da pele.
- Manter a pressão do cuff endotraqueal entre 20 a 30 cmH <sub>2</sub> O (15-25 mmHg	- Garante a estabilização do TET no local correto, previne a microaspiração, minimiza a

<p>quando avaliado com cufómetro). Deve ser verificado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 4/4h;</li> <li>• Antes e após o posicionamento;</li> <li>• Antes de mobilizar o TET;</li> <li>• Antes de iniciar alimentação entérica;</li> <li>• Antes e após a higiene oral;</li> </ul> <p>• Após administrar sedação ou bloqueador neuromuscular.</p>	<p>fuga de ar e assegura a integridade da mucosa traqueal. Pressões elevadas comprometem a perfusão capilar na traqueia e podem originar complicações a longo prazo, como a estenose traqueal, a necrose tecidual ou a formação de fístula. Pressões baixas aumentam o risco de microaspiração de secreções subglóticas (Burns, 2014; Lizy et al., 2014).</p> <p>- Reduz a pressão do cuff pelo relaxamento muscular (Burns, 2014).</p>
<p>- Manter a cabeceira da cama num ângulo entre 30º a 45º.</p> <p>- Evitar o decúbito dorsal.</p>	<p>- Previne a aspiração de conteúdo gástrico e oral e reduz o risco de PAV. Devem ser minimizadas as mudanças de ângulo da cabeceira, pois podem agravar as aspirações endotraqueais (Lim et al., 2015; Wang et al., 2016).</p> <p>- Minimiza a aspiração endotraqueal de conteúdo gástrico (Wang et al., 2016).</p>
<p>- Aplicar e interpretar a capnografia quantitativa contínua com forma de onda.</p>	<p>- Permite avaliar a eficácia da VMI pela medição de CO<sub>2</sub> expirado (Burns, 2014).</p>
<p>- Realizar aspiração de secreções brônquicas consoante a necessidade.</p> <p>- Avaliar a presença de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuição do murmúrio vesicular ou presença de ruídos adventícios como sibilos inspiratórios ou crepitação expiratória;</li> <li>• Alteração do estado de consciência;</li> <li>• Alteração do padrão respiratório;</li> <li>• Taquicardia ou bradicardia;</li> <li>• Hipertensão ou hipotensão;</li> </ul>	<p>- A presença do TET evita o encerramento glótico e impossibilita a tosse eficaz, sendo a remoção de secreções realizada por sucção endotraqueal (Burns, 2014). A aspiração subglótica das secreções promove a ventilação e oxigenação e está associada a uma diminuição da incidência de PAV. Não deve ser realizada por rotina (Pedersen, Rosendahl-Nielsen, Hjerminde &amp; Egerod, 2009).</p> <p>- Sinais que sugerem obstrução da via aérea (American Association for Respiratory Care [AARC], 2010; Burns, 2014; Pedersen et al., 2009).</p>



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cianose;</li> <li>• Tosse;</li> <li>• Aumento da pressão inspiratória no ventilador;</li> </ul> <p>- Material necessário:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspirador;</li> <li>• Frasco de água destilada estéril;</li> <li>• Sondas de aspiração esterilizadas;</li> <li>• Luvas esterilizadas;</li> <li>• Máscara com viseira;</li> <li>• Insuflador manual com filtro.</li> </ul> <p>- Posicionar a pessoa em decúbito dorsal com o plano superior da cama elevado a 30º- 45º.</p> <p>- Usar técnica asséptica.</p> <p>- Preferir método de aspiração fechado.</p> <p>- Realizar hiperoxigenação com O<sub>2</sub> a 100% durante um mínimo de 30 seg. antes de cada episódio de aspiração, tanto com técnica aberta como fechada.</p> <p>- Escolher o calibre de sonda de aspiração. Deve ser inferior a metade do lúmen interno do TET.</p> <p>- Ajustar a pressão de aspiração entre 80-120 mmHg.</p> <p>- Inserir a sonda (sistema fechado ou aberto) suavemente até que a resistência</p>	<p>- (AARC, 2010).</p> <p>- Facilita a execução da técnica. Promove o conforto e a ventilação (Burns, 2014).</p> <p>- Minimiza o risco de PAV (AARC, 2010; Pedersen et al., 2009).</p> <p>- O circuito do ventilador permanece fechado enquanto a aspiração é realizada. Minimiza o risco de PAV. O método aberto requer a desconexão do TET do ventilador mecânico aumentando esse risco (Burns, 2014).</p> <p>- A hiperoxigenação ajuda a prevenir a diminuição do nível de oxigénio arterial durante e após o procedimento (AARC, 2010; Burns, 2014; Pedersen et al., 2009).</p> <p>- A sonda de aspiração deve ter o calibre menor possível, ainda que suficientemente grande para a remoção das secreções. Se for menor que metade do lúmen do TET o ar entra ao redor da sonda durante a sucção, o que previne a diminuição da capacidade residual funcional e o risco de atelectasia (Pedersen et al., 2009).</p> <p>- Reduz o risco de atelectasia, hipóxia e lesão da mucosa traqueal (Pedersen et al., 2009).</p> <p>- A aspiração endotraqueal profunda pode causar uma pressão negativa maior, devido à</p>
--	---

<p>seja atingida e exteriorizar cerca de 1 cm.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colocar o polegar não dominante sobre o controlador de pressão da sonda e aplicar sucção contínua ou intermitente à medida que esta é completamente retirada em movimentos circulares.</li> <li>- A sucção deve ser aplicada durante o menor tempo possível, cerca de 10-15 seg.</li> <li>- Repetir o procedimento se permanecerem secreções e a pessoa tolerar.</li> <li>- Na presença de secreções espessas, avaliar humidificação do ventilador ou realizar aerossol com soro fisiológico 0,9%.</li> <li>- Monitorizar a estabilidade hemodinâmica antes, durante e após o procedimento.</li> </ul> <p>Despistar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuição da PaO<sub>2</sub>;</li> <li>• Diminuição da oxigenação;</li> <li>• Disritmias cardíacas;</li> <li>• Broncoespasmo;</li> <li>• Distúrbio respiratório;</li> <li>• Cianose;</li> <li>• Hipertensão;</li> <li>• Ansiedade, agitação ou dor;</li> <li>• Alteração no nível de consciência;</li> <li>• Aumento da pressão de pico;</li> <li>• Tosse;</li> <li>• Aumento do trabalho respiratório.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se houver necessidade de desinsuflar o cuff, devem ser aspiradas secreções acima deste.</li> <li>- Registrar as características das secreções traqueobrônquicas e a tolerância ao procedimento.</li> </ul>	<p>oclusão de mais de metade do lúmen do ramo brônquico (Pedersen et al., 2009).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aspirar durante a introdução da sonda, pode originar traumatismo da mucosa (AARC, 2010; Burns, 2014).</li> <li>- Minimiza o risco de hipoxémia, broncoespasmo, alterações cardíacas e aumento da pressão intra-craniana (Burns, 2014; Pedersen et al., 2009).</li> <li>- Não instilar solução salina, pelo risco de infeção e ausência de eficácia da técnica, nem utilizar o insuflador manual, pelo risco de barotrauma.</li> <li>- Permite identificar sinais de instabilidade hemodinâmica e garante a segurança do procedimento (AARC, 2010).</li> <li>- Previne a migração de secreções para a árvore brônquica (Burns, 2014).</li> <li>- Assegura a continuidade de cuidados e confirma a realização do procedimento.</li> </ul>
---	---

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inserir sonda gástrica;</li> <li>- Preferir a via orotraqueal para a entubação gástrica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Previne a distensão gástrica, o refluxo esofágico e o vômito, associados ao risco de PAV (Burns, 2014).</li> <li>- A entubação nasal está associada a infecções sinusais e é um fator de risco para o desenvolvimento de PAV (Burns, 2014).</li> </ul>
--	---

- Cuidados à pessoa com VMI

Intervenção	Justificação
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar operacionalidade do ventilador mecânico.</li> <li>- Utilizar tubo traqueal, humidificador e traqueias individualizadas para cada pessoa.</li> <li>- Preparar e manter a operacionalidade do sistema de ventilação: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Substituir filtro diariamente;</li> <li>• Substituir traqueia segundo instruções do fabricante e sempre que visivelmente suja ou contaminada;</li> <li>• Humedecer os dispositivos com água estéril.</li> </ul> </li> <li>- Drenar os líquidos de condensação acumulados nas traqueias sempre que necessário, com técnica limpa.</li> <li>- O material de nebulização deve ser substituído de 24 em 24h. Utilizar apenas solutos estéreis, que não devem ser acrescentados mas substituídos na totalidade.</li> <li>- Sempre que necessário desconectar o ventilador deve proteger-se a conexão de forma estéril.</li> <li>- A superfície externa do ventilador deve</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifica falhas no equipamento.</li> <li>- Previne a infecção (Palos et al., 2013).</li> <li>- Assegura a operacionalidade e previne a contaminação do sistema de ventilação (Dochterman &amp; Bulechek, 2008; Palos et al., 2013).</li> <li>- Previne a aspiração de líquidos de condensação e minimiza o risco de PAV (Palos, et al., 2013).</li> <li>- Previne a contaminação do sistema (Dochterman &amp; Bulechek, 2008).</li> <li>- Previne a contaminação do sistema (Burns, 2014).</li> <li>- Previne a infecção associada aos cuidados de</li> </ul>

<p>ser descontaminada, pelo menos 1 vez por dia e sempre que visivelmente suja.</p>	<p>saúde. Pela sua manipulação frequente, a superfície do ventilador encontra-se muitas vezes conspurcada com fluidos orgânicos (WHO, 2009).</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assegurar o correto alinhamento entre o TET e a traqueia do ventilador (ângulo de 90°).</li> <li>- Utilizar um suporte próprio para apoio da traqueia do ventilador.</li> <li>- Colocar <i>bite-block</i>, se necessário.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Garante o fluxo ventilatório adequado e previne a obstrução do TET (Burns, 2014).</li> <li>- Previne a tracção da traqueia e a obstrução do circuito ventilatório.</li> <li>- Previne a obstrução do TET (Burns, 2014).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorização contínua da função respiratória: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar padrão respiratório (frequência, ritmo, profundidade);</li> <li>• Auscultar sons respiratórios;</li> <li>• Observar a expansão torácica simétrica bilateral;</li> <li>• Vigiar sinais de broncospasmo;</li> <li>• Monitorizar a SpO<sub>2</sub> e a gasimetria arterial.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifica sinais de aumento do trabalho respiratório.</li> <li>- Identifica precocemente alterações ventilatórias.</li> <li>- Confirma a ventilação bilateral.</li> <li>- Despista complicações.</li> <li>- Identifica alterações na oxigenação e na manutenção do equilíbrio ácido-base (Burns, 2014; Sole, Klein &amp; Moseley, 2013; Urden, Stacy &amp; Lough, 2014).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colaborar no protocolo de desmame ventilatório e gerir o processo conforme a evolução da pessoa sob VMI.</li> <li>- Reduzir o nível de sedação e promover períodos de interrupção da sedação diariamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Possibilita a extubação precoce. O uso de protocolos padronizados de desmame ventilatório permitem reduzir a duração da VMI, do desmame e da permanência em UCI (Blackwood, Burns, Cardwell &amp; O'Halloran, 2014).</li> <li>- A sedação da pessoa com VMI pode ser necessária para controlo da ansiedade, redução da dor e gestão das necessidades de oxigenação. No entanto, a sua utilização acarreta inúmeras complicações. A interrupção diária ou a ausência de sedação na PSC sob VMI estão associadas a uma diminuição da duração da necessidade de ventilação e do tempo de internamento em UCI (Schweickert et</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar diariamente a possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação, integrando a situação clínica, os parâmetros de suporte ventilatório e o estado de consciência da pessoa.</li> </ul>	<p>al., 2004; Strom, Martinussen &amp; Toft, 2010; Richard &amp; Gilles, 2013).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Minimiza a duração da ventilação e as complicações que lhe estão associadas (Palos et al., 2013; Schweickert et al., 2004; Richard &amp; Gilles, 2013).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gerir os parâmetros e modos ventilatórios.</li> <li>- Definir e gerir alarmes.</li> <li>- Identificar sinais de dessincronia ventilador/pessoa: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alarme de alta ou baixa pressão;</li> <li>• Diferença entre a frequência respiratória da pessoa e os ciclos programados;</li> <li>• Diferença entre o volume inspirado e o volume expirado.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adequa a ventilação à necessidade. O modo mais apropriado contribui para a prevenção de volutrauma e barotrauma. Na seleção deve ser considerado o conforto e a segurança da pessoa (Goldsworthy &amp; Graham, 2014).</li> <li>- Os alarmes monitorizam continuamente a função do ventilador e garantem uma ventilação mecânica segura e eficaz. Permitem identificar alterações nos parâmetros definidos (Burns, 2014).</li> <li>- Sinais que sugerem alterações na interação pessoa-ventilador. Depende de como o ventilador responde ao trabalho respiratório da pessoa e de como a pessoa responde ao fluxo administrado pelo ventilador. Está associado a desconforto, confusão, esforço respiratório, aumento da necessidade de sedação e prolongamento da ventilação mecânica (Epstein, 2011).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Despistar presença de agitação ou ansiedade.</li> <li>- Fornecer explicações frequentes acerca da finalidade do ventilador e dos procedimentos realizados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifica manifestação precoce de obstrução da via aérea ou de ventilação inadequada (Burns, 2014; Goldsworthy &amp; Graham, 2014).</li> <li>- Tranquiliza a pessoa e minimiza a ocorrência de dessincronia com o ventilador (Burns, 2014).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Posicionar a pessoa de acordo com score na escala de Braden.</li> <li>- Mobilizar progressiva e precocemente a</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhora as trocas gasosas e previne atelectasias, fraqueza muscular e o desenvolvimento de úlceras por pressão (Goldsworthy &amp; Graham, 2014; Vollman, 2010).</li> <li>- Diminui o compromisso neuromuscular e reduz</li> </ul>

<p>pessoa sob VMI.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar aspiração de secreções da cavidade oral antes de alterar o decúbito.</li> </ul>	<p>os riscos inerentes à imobilidade, como a PAV, a integridade cutânea e o delirium (Morris, Goad &amp; Thompson, 2008; Vollman, 2010).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Minimiza a migração de fluidos orofaríngeos ao longo do TET (Burns, 2014).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proceder à higiene da cavidade oral com solução oral de gluconato de clorexidina 0,12%, 3 vezes por dia. Escovar os dentes e a língua utilizando uma escova de sucção de modo a remover a placa bacteriana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reduz a colonização bacteriana da cavidade oral e previne a infeção (Garcia et al., 2009; Palos et al., 2013).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicar lubrificante nos lábios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantém hidratação e previne lesões da mucosa.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Administrar alimentação por sonda orogástrica ou por via parentérica.</li> <li>- Manter um aporte nutricional adequado às necessidades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A presença de um tubo nasogástrico aumenta o risco de aspiração gastroesofágica (Burns, 2014).</li> <li>- A nutrição inadequada está associada à redução da resposta imunológica, ao aumento da suscetibilidade à infeção e ao compromisso neuromuscular (Ellis, 2015).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se necessidade de transporte intra-hospitalar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planear (equipamentos, fármacos, percurso, tempo e recursos humanos);</li> <li>• Assegurar monitorização contínua;</li> <li>• Assegurar medidas de controlo de infeção;</li> <li>• Confirmar posicionamento do TET;</li> <li>• Documentar a ocorrência no processo clínico.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Previne intercorrências evitáveis e garante a monitorização hemodinâmica, ventilação, oxigenação e cuidados à pessoa constantes durante o percurso (Lieshout &amp; Stricker, 2011).</li> <li>- Existe um elevado risco de deslocação do TET associado ao transporte.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizar uma abordagem centrada na pessoa sob VMI: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerir o ambiente;</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhora os resultados de enfermagem obtidos e favorece a recuperação da pessoa (Richard &amp; Gilles, 2013).</li> <li>- Um ambiente tranquilo e favorável minimiza a ansiedade, o delírio e o desenvolvimento de síndrome de stress pós-traumático (Wenham &amp; Pittard, 2009).</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover o conforto;</li> <li>• Monitorizar e intervir no controlo da dor;</li> <li>• Garantir um período de sono diário diminuindo a luz, o ruído e as interações realizadas.</li> <li>• Implementar estratégias de comunicação eficaz.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Essencial no processo de recuperação (Goldsworthy &amp; Graham, 2014).</li> <li>- Frequentemente presente na região torácica e abdominal superior. Quando controlada melhora a mobilidade, a respiração profunda, a tosse e minimiza o impacto negativo da experiência de entubação (Cluckey, Weyant, Roberts &amp; Henderson, 2014).</li> <li>- A ausência de um período do sono provoca compromisso do sistema imunitário, diminuição da resistência muscular inspiratória, complicações associadas ao desmame da ventilação mecânica e delírio (Hu, Jiang, Zeng, Chen &amp; Zhang, 2010).</li> <li>- A incapacidade em comunicar aumenta a ansiedade, o medo e a sensação de isolamento (Baumgarten &amp; Poulsen, 2015).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Integrar a família como membro da equipa de cuidados.</li> <li>- Incentivar a família a participar na prestação de cuidados.</li> <li>- Avaliar as necessidades da família.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contribui para a estabilidade emocional e psicológica da pessoa sob VMI (Kelleher, 2006).</li> <li>- Fornece informação pertinente sobre a pessoa.</li> <li>- A presença da família proporciona conforto à pessoa. Contribui para que a família lide melhor com a doença crítica (Goldsworthy &amp; Graham, 2014).</li> <li>- Os membros da família apresentam consequências físicas e psicológicas decorrentes do acompanhamento do familiar sob VMI, como ansiedade, depressão e síndrome de stress pós-traumático (Rose et al., 2016).</li> </ul>

**Elaborado por:** Diana Vareta

**Orientado por:** Enfermeira Patrícia Nunes e Professor Jorge Ferreira

Realizado no âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Association for Respiratory Care (2010). Clinical Practice Guidelines: endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients with artificial airways. *Respiratory Care*, 55. 758-764.
- Batista, A., Lima, A., Conduto, A., Costa, A., Grilo, A., Lopes, A. ... Guedes, M. (2013). *Manual de Procedimentos Médicos Invasivos – um guia prático*. Vol. 1 e 2. Comissão de Ensino e Formação Médica Contínua do Hospital Beatriz Ângelo.
- Baumgarten, M. & Poulsen, I. (2015). Patient's experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative metasynthesis. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 29(2). 205-214. **DOI:** 10.1111/scs.12177
- Blackwood, B., Burns, K., Cardwell, C. & O'Halloran, P. (2014). Protocolized versus non-protocolized weaning for reducing the duration of mechanical ventilation in critically ill adult patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11. **DOI:** 10.1002/14651858.CD006904.pub3
- Burns, S. (2014). *AACN Essentials Of Critical Care Nursing*. (3<sup>rd</sup> Ed.) New York: Mcgraw-hill.
- Cluckey, L., Weyant, R., Roberts, M. & Henderson, A. (2014). Discovery of unexpected pain in intubated and sedated patients. *American Journal of Critical Care*, 23(3). **DOI:** 10.4037/ajcc2014943
- Dochterman, J. & Bulechek, G. (2008). *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)*. 4<sup>a</sup> Ed. Porto Alegre: Artmed.
- Ellis, C. (2015). Improving Nutrition in Mechanically Ventilated Patients. *Journal of Neuroscience Nursing*, 47(5). 263-270. **DOI:** 10.1097/JNN.0000000000000161
- Epstein, S. (2011). How Often Does Patient-ventilator Asynchrony Occur And What Are The Consequences? *Respiratory Care*, 56(1). 25-38. **DOI:** 10.4187/Respcare.01009
- Garcia, R., Jendresky, L., Colbert, L., Bailey, A., Zaman, M. & Majumder, M. (2009). Reducing ventilator-associated pneumonia through advanced oral-dental care: A 48-month study. *American Journal of Critical Care*. **DOI:** 10.4037/ajcc2009311
- Goldsworthy, S. & Graham, L. (2014). *Compact Clinical Guide To Mechanical Ventilation: Foundations Of Practice*. New York: Springer Publishing Company.



- Health Research & Educational Trust (2017). *Ventilator-Associated Events (VAE) Change Package: 2016*. Chicago: Health Research & Educational Trust.
- Hu, R., Jiang, X., Zeng, Y., Chen, X. & Zhang, Y. (2010). Effect of earplugs and eye masks on nocturnal sleep, melatonin and cortisol in a simulated intensive care unit environment. *Critical Care*, 14(2). **DOI:** 10.1186/cc8965
- Kelleher, S. (2006). Providing patient-centred care in an intensive care unit. *Nursing Standard*, 21(23). 35-40. **DOI:** 10.7748/ns2006.12.21.13.35.c6388
- Lieshout, J. & Stricker, K. (2011). Patient transportation: Skills and techniques. *European Society of Intensive Care Medicine*.
- Lim, K., Kuo, S., Ko, W., Sheng, W., Chang, Y., Hong, M. ... Chang, S. (2015). Efficacy of ventilator-associated pneumonia care bundle for prevention of ventilator-associated pneumonia in the surgical intensive care units of a medical center. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*, 48. 316-321. **DOI:** 10.1016/j.jmii.2013.09.007
- Lizy, C., Swinnen, W., Labeau, S., Poelaert, J., Vogelaers, D., Vandewoude, K. ... Blot, S. (2014). Cuff pressure of endotracheal tubes after changes in body position in critically ill patients treated with mechanical ventilation. *American Journal of Critical Care*, 23(1). 1-8. **DOI:** 10.4037/ajcc2014489
- Morris, P., Goad, A. & Thompson, C. (2008). Early intensive care unit mobility therapy in the treatment of acute respiratory failure. *Critical Care Medicine*, 36(8). 2238-2243. **DOI:** 10.1097/CCM.0b013e318180b90e
- Palos, C., Nazareth, R. & Bispo, A. (2013). *Procedimento - Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação (PAV)*. Intranet HBA.PRD.000309.01. Hospital Beatriz Angelo.
- Pedersen, C., Rosendahl-Nielsen, M., Hjermind, J. & Egerod, I. (2009). Endotracheal suctioning of the adult intubated patient-- what is the evidence? *Intensive & Critical Care Nursing*, 25(1). 21-30. **DOI:** 10.1016/j.iccn.2008.05.004
- Richard, R. & Gilles, L. (2013). The new practice guidelines for pain, agitation, and delirium. *American Journal of Critical Care*, 22(2). 153-157. **DOI:** 10.4037/ajcc2013480
- Rose, L., Dale, C., Smith, O., Burry, L., Enright, G., Fergusson, D. ... Mehta, S. (2016). A mixed-methods systematic review protocol to examine the use of

physical restraint with critically ill adults and strategies for minimizing their use. *Systematic Reviews*, 5. 194. **DOI:** 10.1186/s13643-016-0372-8

Schweickert, W., Gehlbach, B., Pohlman, A., Hall, J. & Kress, J. (2004). Daily interruption of sedative infusions and complications of critical illness in mechanically ventilated patients. *Critical Care Medicine*, 32(6). 1272-1276. **DOI:** 10.1097/01.CCM.0000127263.54807.79

Sole, M., Klein, D. & Moseley, M. (2013). *Introduction to Critical Care Nursing* (6<sup>a</sup> ed.). Missouri, USA: Elsevier.

Strom, T., Martinussen, T. & Toft, P. (2010). A protocol of no sedation for critically ill patients receiving mechanical ventilation: a randomised trial. *Lancet*, 375(9713). 475–480. **DOI:** 10.1016/S0140-6736(09)62072-9

Urden, L., Stacy, K. & Lough, M. (2014). *Critical Care Nursing Diagnosis and Management* (7<sup>a</sup> ed.). Missouri: Elsevier.

Vollman, K. (2010). Progressive mobility in the critical ill. *Critical Care Nurse*, 30(2). S3-S5. **DOI:** 10.4037/ccn2010803

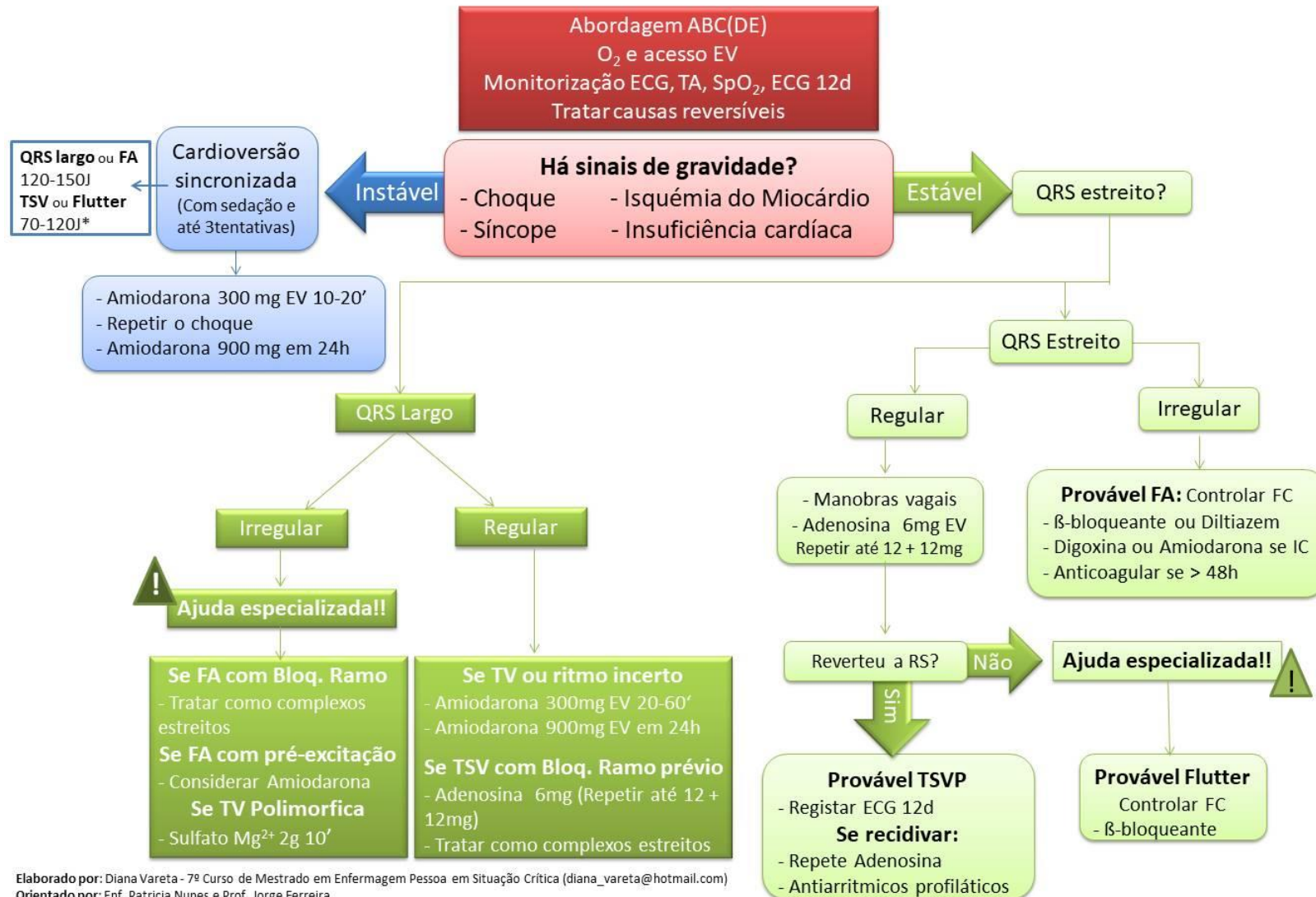
Wang, L., Li, X., Yang, Z., Tang, X., Yuan, Q., Deng, L. & Sun, X. (2016). Head bed elevation versus flat bed for preventing ventilator-associated pneumonia (VAP) in adults requiring mechanical ventilation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. **DOI:** 10.1002/14651858.CD009946.pub2

Wenham, T. & Pittard, A. (2009). Intensive care unit environment. *Anaesthesia, Critical Care & Pain*, 9(6). 178-183. **DOI:** 10.1093/bjaceaccp/mkp036

World Health Organization. (2009). WHO guidelines on hand hygiene in health care. Disponível em [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906_eng.pdf?ua=1)

### Apêndice III - Algoritmos de tratamento de taquiarritmias e bradicardias

# Algoritmo de Tratamento de Taquiarritmias



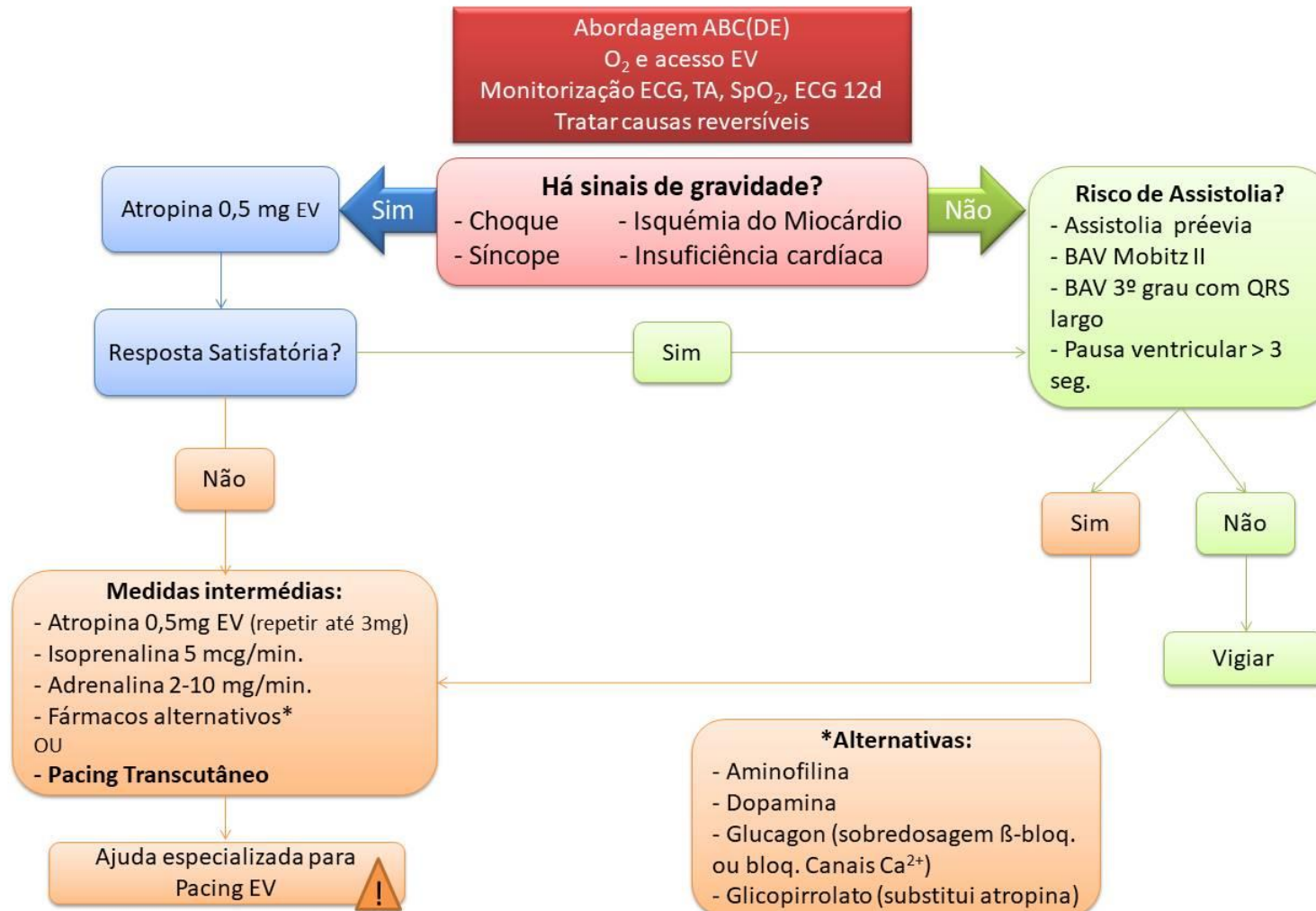
Elaborado por: Diana Vareta - 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica (diana\_vareta@hotmail.com)

Orientado por: Enf. Patrícia Nunes e Prof. Jorge Ferreira

Adaptado: Manual de Suporte Avançado de Vida (INEM, 2011)

\*Valores indicados para desfibrilhador bifásico

# Algoritmo de Tratamento de Bradiarritmias



Elaborado por: Diana Vareta - 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Pessoa em Situação Crítica (diana\_vareta@hotmail.com)

Orientado por: Enf. Patrícia Nunes e Prof. Jorge Ferreira

Adaptado: Manual de Suporte Avançado de Vida (INEM, 2011)

